This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

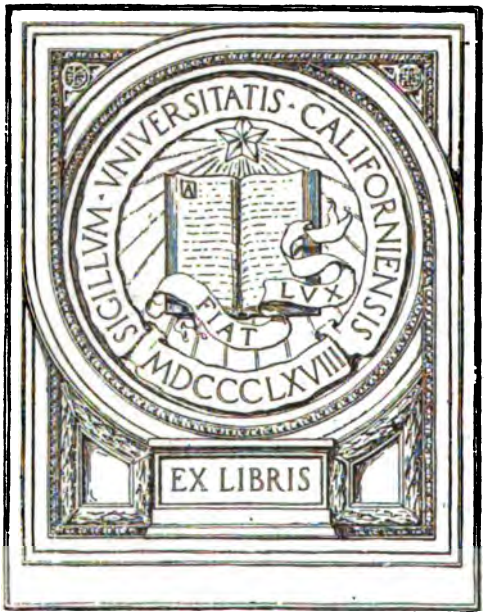
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY



JOURNAL

FÜR

KINDERKRANKHEITEN.

Unter Mitwirkung der Herren

D. Abelin, Professor der Pädiatrik an dem Karolinischen medic.-ir. Institut in Stockholm und Oberarzt an dem allgemeinen Kinder-use daselbst, **Barthez**, Arzt am Hospital St. Eugenie zu Paris, **aye**, Professor und Direktor der Gebäranstalt und der Klinik für ranke Kinder in Christiania, **Hardy**, Arzt an der Kinderheilanstalt i Dublin, **Haumer**, Direktor der Kinderheilanstalt zu München, **lewitt**, Arzt am britischen Gebärhause und Lehrer über Frauen- und inderkrankheiten am St. Mary's Hospital in London, **Kronenberg**, irektor der kaiserlichen Kinderheilanstalt in Moskau, **Kittner**, irigirender Arzt des Kinderkrankenhauses zu Dresden, **LeBarillier**, Arzt an der Findel- und Waisenanstalt zu Bordeaux, **Luzsinsky**, irigirender Arzt der Kinderheilanstalt Mariahilf in Wien, **Steffen**, irektor der Kinderheilanstalt zu Stettin, **Stiebel**, Geheimerath, Di-ktor des Christ'schen Kinderhospitales in Frankfurt am Main, **Weisse**, aiserl. russ. Geheimerath und vormals Direktor des Kinderhospitales u St. Petersburg, und **Ch. West**, erster Arzt des Kinderspitales in Great-Ormond-Street zu London,

herausgegeben

von

Dr. Fr. J. Behrend und **Dr. A. Hildebrand**
in Berlin.

Band XLIV. (Januar—Juni 1865.)

Erlangen. Palm & Enke.
(Adolph Enke.)
1865.

Druck von Junge & Sohn in Erlangen.

Inhaltsverzeichniss zu Band XLIV.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Seite

Ueber Ausschneidung des Hüftgelenkes bei Kindern, nach den im Hospital für kranke Kinder in London gesammelten Erfahrungen, von T. Holmes, erstem Wundarzte daselbst 1

Ueber Strypsjuka oder Krup, nach den Vorlesungen (während des Herbsttermines 1863) von H. A. Abelin, Professor der Pädiatrik am Karolinischen Institute zu Stockholm 35, 364

Die Kinderkrankheiten der Chinesen. (Im Auszuge.) Von Dr. S. Pappenheim, prakt. Arzte u. s. w. in Berlin 79

Die organische Kieferklemme und die Operation von Rizzoli und Esmarch dagegen, kritisch beurtheilt 161

Beobachtungen über Krup im Herzogthum Nassau. Ein Beitrag zur Epidemiologie. Nach den Akten bearbeitet von Dr. J. B. von Franque 188

Seite

Pädiatrische Mittheilungen aus Skandinavien. Von Dr. von dem Busch in Bremen.

I. Schmerzen in den Knieen, ein Symptom der Meningitis tuberculosa 208
II. Fall von angeborenem Herzfehler 215
III. Ein Fall von angeborenem Rückgratsleiden . . . 220

Beiträge zur Aetiologie, Pathologie und Behandlung des Scharlachfiebers, von Ch. Murchinson, M. D., Arzt am Fieberhospitale in London (Forts.) 227

Mittheilungen aus der Praxis. Von dem Geheimen Sanitätsrathe Dr. Steinthal in Berlin 321

Notiz über Abdominaltyphus bei Kindern und besonders über Alalie, von Dr. Friedrich in Dresden . . . 331

Ueber den epidemischen Genickkrampf oder die Meningitis cerebro-spinalis epidemica, vom k. Kreisphysikus Dr. Litten in Neustettin 333

Ueber Vaccination und Verbreitung der Syphilis durch dieselbe. — Entwurf eines Berichtes an den französischen Minister des Ackerbaues, des Handels und der öffentlichen Arbeiten, abgefasst im Namen der Vaccinations-Kommission von Dr. Depaul in Paris 338

Klinische Studien über die Syphilis infantilis. Ein Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Hospitalärzte in Paris von Dr. H. Roger, Arzt am Kinderhospitale daselbst 392

II. Klinische Mittheilungen.

Ueber die Rückenmarkssymptome beim Typhusfieber . 237

III. Kliniken und Hospitäler.

Kinderkrankenhaus in Paris (Prof. Blache).

Heftiger Veitstanz geheilt durch Kneten und methodische Gymnastik, mitgetheilt von Dr. Blache dem Sohne 246

Seite

IV. Gelehrte Gesellschaften und Vereine.

Chirurgische Gesellschaft zu Paris. (Aus den Verhandlungen der Jahre 1860—1863.) (Fortsetzung und Schluss.)

47) Unbeweglichkeit des Unterkiefers; Esmarch'sche Operation, Mittheilung und Notizen darüber . . . 145

48) Ueber die Lage der Sigmoidflexur bei Kindern und über die Frage, ob ein künstlicher After rechts oder links am Bauche zu machen sei? 155

49) Syphilis durch die Vaccination übertragen 156

50) Bemerkungen zur Behandlung der Spina bifida . . 301

51) Angeborene Hypertrophie und Prolapsus der Zunge 303

Aus den Verhandlungen der Gesellschaft für praktische Medizin in Paris während der Jahre 1861—64.

1) Gefässmuttermäler, geheilt durch Vaccination . . . 252

2) Einfluss einer zu starken Ernährung bei neugeborenen Kindern 254

3) Behandlung der erektilen Geschwülste (Gefässmäler) durch Kauterisation nach Vaccination 255

4) Ueber die Skrophulosis und deren Bedeutung und Behandlung 255

5) Behandlung des Mastdarmvorfalles bei Kindern durch subkutane Einspritzung von Strychninsulphat . . . 256

6) Kauterisationen gegen unfreiwilligen Urinabgang . . 258

7) Ueber die Sterblichkeit der Neugeborenen und über die Mittel, sie zu vermindern 260

8) Ein Fall von Meningitis cerebro-spinalis 262

9) Einige Bemerkungen über die gute Wirkung des Ammonium aceticum gegen den Krup 267

10) Weisse Geschwulst des linken Fussgelenkes, Karies des Fersenbeines, Heilung nach langem Gebrauche von Goldoxyd und Nussblätterpräparaten . . . 267

11) Praktische Betrachtungen über das Säugen der Frauen 268

Seite

12) Ueber die Tracheotomie beim Krup 271
13) Ueber unfreiwilligen Urinabgang 272

Gesellschaft der Hospitalärzte in Paris. Aus den Verhandlungen der Jahre 1860—1864.

1) Ueber die diphtherischen Paralysen 273
2) Ueber das Lungenemphysem der Neugeborenen . . 286
3) Herzfehler bei einem Kinde 286
4) Ueber die Diagnose und Behandlung der Hydatiden der Lunge und der Pleura bei Kindern 287
5) Diphtherische Paralyse und Statistik des Krups im Kinderkrankenhause zu Paris während 1859 u. 1860 293
6) Zur Frage über die Frühvaccination der Kinder . . 448
7) Ueber das subpleurale und subkutane Emphysem der Kinder, ein Vortrag von Hrn. Roger 452
8) Gefährlichkeit gewisser Volksmittel gegen wunde Brustwarzen 452
9) Neue Bemerkungen über das subkutane Emphysem 453
10) Ueber die spontane Entstehung der Masern, des Scharlachs und der anderen fieberhaften Ausschläge 454
11) Wiederholte halbseitige Gesichtslähmung bei Kindern 456
12) Syphilis infantilis 457
13) Empyem, fünfmalige Punktion, Heilung 458
14) Empyem veranlasst durch einen eingedrungenen fremden Körper 461
15) Perforation des Wurmfortsatzes und Blinddarmes in Folge von Enterolithen 463

Aus den Verhandlungen der medizinischen Gesellschaft zu Christiania im Jahre 1862—1863. (Fortsetzung und Schluss.)

4) Exstirpation der Tonsillen vermittelst der Finger . 305
5) Angeborener Herzfehler 305

V. Bibliographie.

Garnier, Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales. 1. Année 311

Seite

Guersant, Notizen über chirurgische Pädiatrik. Deutsch von Dr. H. Rehn. 1. Lieferung 464

Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie mit Einschluss der topograph. Anatomie, Operations- und Verbandlehre. Redigirt von Proff. DD. Pitha und Billroth. I. Bds. 1. Lfg. 465

Des alten Doctor Stiebel Jubeldissertation für Aerzte, Erzieher und Kinderpfleger 465

Berichtigung 319

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bdn. — Gute Originalaufsätze üb. Kinderkrankheiten werden erbeten und nach Erscheinen jeden Heftes gut honorirt.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandl., Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journales beliebe man derselben oder den Verlegern einzusenden.

[BAND XLIV.] ERLANGEN, JAN. u. FEBR. 1865. [HEFT 1 u. 2.]

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Ueber Ausschneidung des Hüftgelenkes bei Kindern, nach den im Hospital für kranke Kinder in London gesammelten Erfahrungen, von T. Holmes, erstem Wundarzte daselbst.

I. Allgemeine Betrachtungen über die Frage, ob, wann und wie die Operation zu machen sei?

Es ist selbst von Denen, die Gelegenheit haben, sich ein Urtheil zu bilden und die auch die Operation vollzogen haben, die vorstehende Frage sehr verschieden beantwortet worden. Die Krankheit, gegen welche die Operation dienen soll, ist sehr gewöhnlich und sehr oft tödtlich bei den Kindern, welche unsere Hospitalbevölkerung bilden; dennoch wird die Operation in unseren grossen Krankenhäusern nur selten vorgenommen. Es konnte daher gefolgert werden, dass in den Fällen, in welchen bis jetzt die Ausschneidung des Hüftgelenkes verübt wurde, der Erfolg im Grossen und Ganzen nicht befriedigend gewesen ist. Viele Chirurgen und auch solche, die besondere Gelegenheit gehabt haben, Hüftgelenkkrankheiten zu behandeln, scheinen niemals zu der eben erwähnten Operation ihre Zuflucht nehmen gewollt zu haben. So findet sich in Cooper Forster's neuem Werke über die chirurgischen Krankheiten der Kinder nur eine sehr kurze Andeutung über die Frage, ob und unter welchen Umständen

der Hüftgelenkkopf im Falle von Erkrankung wegzunehmen sei, und es scheint fast, als ob Forster's Meinung dahin gehe, dass die Ausschneidung der ganzen erkrankten Knochenportion gar nicht thunlich oder ausführbar sei. Wir werden gut thun, wenn wir Forster's Worte selbst anführen. „In den mehr vorgerückteren Stadien der Hüftgelenkkrankheit, wo sich schon Fistelgänge gebildet haben und durch dieselben hindurch der blosse und rauhe Knochen gefühlt wird, kann die Frage entstehen, ob der Kopf des entblössten Knochens herauszuschneiden sei, namentlich, wenn bereits Luxation stattgefunden hat. Ist bei der Ausschneidung nur beabsichtigt, gewissermassen einen fremden Körper zu entfernen, welcher die Reizung unterhält, so kann die Zweckmässigkeit der Operation nicht bezweifelt werden, indem dadurch dem Kranken eine ganz vortreffliche Bedingung für seine Wiederherstellung gewährt wird. Wird aber dabei an eine wirkliche Ausschneidung des Hüftgelenkes gedacht, so würde es nothwendig sein, alle anderen kranken Portionen des Knochens zu entfernen, und, bedenken wir, dass auch die Pfanne bei Karies des Femurkopfes überaus häufig erkrankt ist, ja nicht selten in ihrer ganzen Schicht perforirt wird und die Krankheit sich bis in das Becken erstreckt, so dürfen wir uns nicht wundern, dass die Thunlichkeit der Operation oder vielmehr die Nützlichkeit derselben von den Chirurgen im Allgemeinen sehr angezweifelt und daher auch verhältnissmässig nur selten vorgenommen wird. Der Theorie nach sind wenige Fälle günstiger für die Operation, aber in Bezug auf die Ausführung und das zu erwartende Ergebniss wenige Fälle misslicher, als die gewöhnliche Hüftgelenkkrankheit. Ich bin Zeuge eines Versuches gewesen, den Oberschenkelkopf vom Rücken des Darmbeines hinwegzunehmen, als sich ergab, dass der Kopf die Pfanne gar nicht verlassen hatte (C. Forster, *on the Surgical Diseases of Children*, *pag. 266*)." Es scheint demnach, dass Hr. Forster durch die letzte Erfahrung sich hat bestimmen lassen und dass er niemals der Ausschneidung des Hüftgelenkkopfes im letzten Stadium der Krankheit beigewohnt hat, wo die Luxation vollständig war.

Andererseits scheint Fock (Langenbeck's Archiv,

Bd. 1) die Ausschneidung in jedem Falle von Karies des Hüftgelenkes zu empfehlen, während Barwell (*On Diseases of the Joints p. 442*), obwohl er diese unbedingte Empfehlung Fock's etwas tadelt, eigentlich noch weiter geht, indem er hektisches Fieber und vorhandene Abszesse im Becken nicht als Gegenanzeige der Operation, sondern als Indikation betrachtet.

Ich habe Gelegenheit gehabt, recht oft diese Operation zu verüben. Hoffnungslose Fälle von Hüftgelenkkrankheiten sind es meistens, um welche das Mitleid barmherziger Personen angegangen wird und die daher durch die Verwendung dieser Personen Aufnahme in die Hospitäler finden und einen grossen Theil der Bevölkerung auch im Kinderhospitale bilden. Ich muss sagen, dass ich kein ganz besonderer Anhänger oder Fürsprecher der Operation bin; im Gegentheile bin ich mit einem grossen Vorurtheile gegen dieselbe an sie herangetreten. Es sind mir aber verschiedene Fälle vorgekommen, in denen, wie ich glaube, das Leben durch die Operation wirklich gerettet worden ist (wie im 5. Falle), und wieder andere, in denen das Glied durch sie nicht nur erhalten, sondern auch brauchbar gemacht wurde. Fast alle diese Fälle sind, wie mich dünkt, klarer Gewinn; ich meine, dass alle, oder fast alle Kranke gestorben sein würden, wenn die Operation unterlassen worden wäre. Demnach also bin ich, obwohl ich auf eine grosse Zahl von kommenden Misserfolgen der Operation gefasst bin, ein eifriger Vertheidiger derselben in allen den Fällen von Hüftgelenkkrankheit geworden, wo Karies der Knochen eingetreten und das Allgemeinbefinden des Kranken sich mehr und mehr verschlechtert. Fälle der Art, die leider sehr zahlreich sind, sind von allen Wundärzten als hoffnungslos angesehen worden. Geht die Verschlechterung des Allgemeinbefindens schnell vor sich, so ist die Operation um so dringender indizirt, aber die Aussicht auf den Erfolg um so schlimmer. Es wäre wohl nicht ganz vernünftig, zu erwarten, dass die Ausschneidung des Hüftgelenkes eine Operation sei, die immer einen glücklichen Erfolg geben müsse, oder, mit anderen Worten, zu erwarten, dass die Mehrheit oder auch nur ein grosses Verhältniss der Operirten

mit dem vollen Gebrauche des erkrankt gewesenen Gliedes davonkomme. Man darf doch nicht vergessen, dass die Operation bei Kindern oder jugendlichen Subjekten vorgenommen wird, welche durch langes Krankenlager und auch durch lange Eiterung herabgebracht sind, so dass selbst in dem günstigsten Falle, nämlich in solchem, in welchem die Krankheit nur auf den ausgeschnittenen Theil beschränkt ist und die Eingeweide alle sich ziemlich gesund befinden, der Erfolg der Operation von vielen Umständen abhängig ist und namentlich von der Art und Weise, wie die Konstitution des Körpers ausreicht, eine grosse Höhle auszufüllen, um für das Weggenommene Ersatz zu schaffen. Wie gering aber nun ist die Zahl der so günstig beschaffenen Fälle, die zur Operation gelangen! So lange die Krankheit örtlich beschränkt ist, pflegen die Symptome verhältnissmässig mild und das Allgemeinbefinden so gut zu sein, dass noch eine natürliche Abwickelung der Krankheit gehofft wird und auch der Wundarzt nicht gleich daran geht, die Operation vorzuschlagen. Erst in einem späteren Stadium, wenn sehr starke Eiterung eingetreten ist, hektisches Fieber sich eingestellt hat, Abmagerung auffallend geworden, der Appetit verloren gegangen ist, jede Bewegung mit Schmerzen sich verbindet, Fistelgänge entstanden sind, der Kranke sich durchgelegen hat u. s. w., erst dann, wie gesagt, wird meistens zur Operation geschritten. Dass diese unter solchen Umständen meistens keinen günstigen Erfolg hat, kann zugegeben werden und es ist sehr die Frage, ob sie dann überhaupt zu empfehlen sei. Ich habe mich angelegentlich mit Untersuchung der Frage beschäftigt, was für Kranke dieser Art wohl eigentlich noch geschehen könne? Hat der Zustand, wie er eben angegeben worden, den höchsten Punkt erreicht, so ist sicherlich jede Operation unnütz und kann nur den Tod beschleunigen, wogegen in einer früheren Periode der Krankheit, wo die Abmagerung eben erst beginnt, die Operation sehr viel zur Heilung beitragen kann und sie auch selbst herbeizuführen vermag. Jedenfalls muss aber auch der Wundarzt in den einzelnen Fällen, bevor er zur Operation schreitet, genau die Frage erwägen, ob nicht die Natur noch ohne diesen traumatischen Eingriff Heilung

bewirken könne. Ich dränge nicht zu der Operation, aber ich warte auch nicht zu lange, wenn ich sie für nöthig erachte.

Anzeigen und Gegenanzeigen.

1) **Verrenkung.** Die folgenden Umstände scheinen für mich die Hauptindikationen und Kontraindikationen für die Ausschneidung des Hüftgelenkes bei Erkrankung desselben zu sein. Zuvörderst hat man zu sehen, ob Verrenkung vorhanden sei oder nicht, und man pflegt daran zu halten, dass die Ausschneidung meistens oder überhaupt nur dann vorzunehmen sei, wenn der Gelenkkopf oder was von ihm übrig geblieben, ausser Berührung mit der Pfanne gekommen ist. Ich bin entgegengesetzter Meinung; ich glaube, dass das Fehlen der Luxation, also die Gegenwart zweier mit einander im Kontakt stehender ulzerirter Knochenportionen gerade ein Beweggrund ist, um sie wo möglich von einander zu trennen. Was ich aus den Geschichten solcher Fälle zu entnehmen im Stande bin, bringt mich wirklich nicht zu der Ueberzeugung, dass Selbsttheilung hier oft vorkomme, namentlich wenn schon Eiterung eingetreten, aber das Gelenk noch sich zusammen zu halten scheint. In solchen Fällen habe ich oft die Operation vorgeschlagen, die aber in diesem Stadium auch oft abgelehnt worden. Leider ist mir die weitere Geschichte solcher Kranken fast immer unbekannt geblieben, aber in allen Fällen, wo ich Gelegenheit hatte, die Krankheit zu verfolgen, ist, wenn nicht operirt worden, der Tod das Ende gewesen. Dennoch ist die Entscheidung schwierig. Ich bin nämlich von dem Zweifel beherrscht, ob die geschwürigen Knochenflächen überhaupt mit einander in Berührung verbleiben können oder ob sie nicht jedesmal zuletzt aus einander weichen. Ist Ersteres der Fall, d. h. zeigt sich keine Tendenz zur Verrenkung oder zu dem, was man bei Hüftgelenkkrankheit Luxation zu nennen pflegt, so halte ich, wenn das Befinden des Kindes, nach etwa sechswöchentlichem Warten, sich nicht wesentlich bessert, es doch für recht, den Eltern eine richtige Vorstellung von der Krankheit zu geben und ihnen die sogenannte Gelenkausschneidung vorzuschlagen.

Unter dem ebenerwähnten mehrwöchentlichen Abwarten verstehe ich den Versuch, dadurch Besserung zu bewirken, dass man den Kranken in strengster Ruhe auf einem dazu vorbereiteten Lager mit Streckung des erkrankten Gliedes und Unbeweglichkeit desselben mittelst einer Schiene erhält, dass man ferner bei vorhandenem Schmerze Gegenreizungen anwendet, kräftige Ernährung, so weit sie dem Appetite angemessen ist, verordnet, und wo möglich dem Kranken frische Luft verschafft. Im ersten Augenblicke könnte es sonderbar erscheinen, wenn man sagt, dass die natürliche Position der Gelenkflächen der Heilung hinderlich entgegenstehe, und dass Dislokation ein günstiges Moment für die Prognose sei, allein ich glaube, dass eine sehr geringe Ueberlegung dasjenige klar machen wird, was ich durch Einblick in viele erkrankte Gelenke erkannt habe, nämlich: dass spontane Verrenkung die natürliche Heilung, ja in vielen Fällen, wo bedeutende Karies der Gelenkflächen vorhanden ist, die einzig mögliche sein wird, und beim Hüftgelenke kommt dieses noch weit mehr vor als bei den anderen Gelenken. Die Hüftgelenkkrankheit, glaube ich, beginnt selten in der Pfanne; selten verbreitet sich die Krankheit bis in das Becken hinein; es geschieht dieses erst in dem letzten Stadium der Krankheit und es ist, wie mich dünkt, viel Grund zu der Annahme vorhanden, dass die Ursache davon die unvollkommene Entleerung des Eiters und der andauernde Kontakt der geschwürigen Flächen mit einander ist. Bei der Ausschneidung des Hüftgelenkes, die ich immer nur da vorgenommen habe, wo Luxation existirte, habe ich immer gefunden, dass beim Einschnitte in die Gelenkhöhle eine grosse Menge verhaltenen Eiters austrat, selbst wenn auch vorher oberflächliche Abszesse reichlich geöffnet und entleert worden waren. Es bleibt, wie mir scheint, der Eiter meistens in der Gelenkhöhle (Kapsel) zurückgehalten, und diese wird, so lange sie noch ganz ist, mit Eiter angefüllt und von dem Eiterstoffe und den Resten des Femurkopfes sehr ausgedehnt. Sind die Ligamente bedeutend erkrankt und grossentheils zerstört und ist hiebei der Femurkopf aus der Pfanne gewichen, so ist die spontane Heilung der entblössten Fläche der Pfanne weit wahrschein-

lieber. Daher betrachte ich die Operation für noch weit mehr indicirt, wenn das Gelenk ganz und der Kopf nicht ausgewichen ist, als wenn es zerstört worden und Dislokation stattgefunden hat. Bei dieser Annahme wird natürlich vorausgesetzt, dass die Pfanne nicht primär, sondern höchstens sekundär ergriffen ist, dass also die Krankheit zuerst in den Gelenkkopf und im Bänderapparate sich Bahn macht und dann auf die Pfanne übergeht. Es sind allerdings Präparate vorgezeigt worden, wo die Krankheit anscheinend auf die Pfanne beschränkt war und es mag dieses wohl vorkommen, aber jedenfalls ist es äusserst selten; im Verhältnisse zu der Zahl der Fälle, wo der Kopf des Femur mehr oder minder bedeutend erkrankt ist und wobei die Ulzeration der Pfanne noch gar nicht begonnen hat oder im Beginnen eben begriffen gewesen ist, wie man an der Oberflächlichkeit ihrer Ulzeration deutlich sehen kann. Dass eine so geringe Ulzeration der Pfanne heilbar ist, ist durch viele Fälle, in denen die Operation gemacht worden, erwiesen. So war in den später mitzutheilenden Fällen (2 und 4) die Pfanne ulzerirt; sie musste ausgekratzt oder ausgemeisselt werden und doch heilte die Wunde ganz gut zu, und in dem einen dieser Fälle, wo später nach dem Tode das Gelenk untersucht wurde, ergab sich eine wirkliche und vollständig geschehene Heilung der Gelenkportion.

Der erste Punkt also, den ich bei der Frage, wann die Ausschneidung des Hüftgelenkes vorzunehmen sei, als fest hinstelle, ist, dass das Vorhandensein der Dislokation des Gelenkkopfes durchaus als keine nothwendige Anzeige für die Operation betrachtet werden kann, wie eine Zeitlang gelehrt wurde, sondern dass die Dislokation viel eher ein Grund dagegen ist. Nach meiner Ueberzeugung ist die Gegenwart des geschwürigen Gelenkkopfes in der Pfanne eines der stärksten Motive für die Verrichtung der Operation.

2) Lungenkrankheit. Ein anderer Punkt, auf welchen die Aufmerksamkeit hingerichtet worden ist, ist der Zustand der Lungen. Einige Autoren haben den Satz aufgestellt, dass Phthisis im Beginnen keine Gegenanzeige gegen die Operation sei, allein es ist dieses ein Zustand, der wirk-

lich wenig oder gar keine Aussicht auf volle Wiederherstellung gewährt, da sehr viele Fälle erwiesen haben, dass Kranke der Art einige Monate, nachdem sie die Operation glücklich überstanden hatten, von Lungenschwindsucht dahingerafft wurden. Indessen darf man doch sagen, dass, wenn der Kranke fortwährend von Schmerzen abgequält wird, die Operation den Vortheil hat, sowohl das Leben zu verlängern, als auch die kurze Dauer, die der Kranke noch etwa zu leben hat, ihm erträglicher zu machen. So war es der Fall bei einem kleinen Kinde, welches in der Behandlung von Dr. West sich befand, an skrophulöser Erkrankung des Ellbogengelenkes litt und beträchtliche Tuberkelablagerung in den Lungen hatte; da aber die Kleine von fortwährender Reizung, die von dem kranken Ellbogen ausging, gequält wurde, so amputirte ich mit West's Bewilligung den Arm; der Stumpf heilte ganz gut und als ich ein Jahr nachher das Kind wieder sah, fand ich es in einem sehr guten Zustande. Nun muss ich zugeben, dass die Ausschneidung des Hüftgelenkes die Krankheit nicht so vollständig entfernt wie eine Amputution durch ganz gesunde Theile, allein die Wegnahme der Knochenflächen, welche die Quelle fortwährender Reizung sind, gewährt doch grosse Erleichterung und diese Erleichterung sollte man immer den Kranken zu verschaffen suchen, selbst dann, wenn wir nicht hoffen dürfen, durch die Operation eine vollständige Genesung herbeizuführen.

3) Alter. In welchem Alter scheint die Operation gerechtfertigt zu sein? Es ist in der That sonderbar, dass die Autoren, welche über Ausschneidung der Gelenke geschrieben haben, so wenig Gewicht auf den Umstand legten, dass die glücklichen Fälle von Hüftgelenkausschneidung und die meisten von Kniegelenkausschneidung in der Kindheit vorgekommen sind. Beim Schulter- und Ellbogengelenke verhält es sich anders, und was mich betrifft, so habe ich eine starke und wachsende Ueberzeugung, dass Erwachsene, die mit Kniegelenkleiden behaftet sind, bei der Amputation viel mehr Aussicht auf Rettung haben und im Allgemeinen weit besser dabei wegkommen, und dass ferner diejenigen Fälle von Ausschneidung des Hüftgelenkes, welche nach der Puber-

tät vorgekommen sind, so weit bekannt ist, nur ein verhältnissig sehr geringes Resultat gewährt haben. Ich habe in der Tabelle von Hodge (*On excision of Joints, Boston 1861, p. 116*) alle die Fälle angemerkt, in welchen die Operation über dem 16. Lebensjahre gemacht worden ist. Es waren 8 Fälle, in welchen die Kranken zur Zeit der Operation älter als 30 Jahre waren (in einem dieser Fälle war eigentlich das Alter nicht genau angegeben, indessen war der Kranke doch so bezeichnet, dass er hierher gezählt werden konnte); von diesen Operirten wurde nur einer gerettet (32 Jahre alt), aber auch dieser starb 2 Jahre nachher, wie es hiess, an einem Viszeralleiden. Von 10 Kranken, welche in dem Alter von 20 zu 30 Jahren der hier in Rede stehenden Operation unterworfen wurden, genasen nur 3 (26, 26 und 21 Jahre alt) und von diesen letzteren starb einer (26 Jahre alt) drei Jahre nachher an Phthisis; während von 10 Kranken, welche zwischen dem 16. und 20. Jahre operirt wurden, 3 genasen (20, 19 und 17 Jahre alt)*). Im Ganzen also sind von 28 Erwachsenen, an denen die Ausschneidung des Hüftgelenkes vorgenommen wurde, nur 7 gerettet worden und von diesen 7 kommen die Meisten auf die jüngeren der Gruppe und in zwei Fällen wird ausdrücklich angegeben, dass die Heilung nicht permanent blieb, während von den übrigen Fällen nur die Vermuthung da ist, dass die Heilung eine bleibende gewesen, eine weitere Nachricht nicht eingegangen war. Ich glaube demnach, dass nach der bisher gewonnenen Erfahrung die Ausschneidung des Hüftgelenkes vorzugsweise, wenn nicht ausschliesslich, für das Kindesalter (in dem Alter vor der Pubertät) anwendbar ist.

4) Erkrankung des Beckens. Dass Karies oder oberflächliche Ulzeration des Grundes der Pfanne keine Gegenanzeige gegen die Operation bildet, wird jetzt von allen Denen zugegeben, welche die Operation überhaupt für gerecht-

*) Fock hat mit Erfolg einen 41 Jahre alten Mann wegen eines gichtischen Leidens des Hüftgelenkes operirt. Wir können diesen Fall nicht hierher zählen, da wir hier nur von skrophulöser Hüftgelenkentzündung handeln.

fertigt halten, indessen macht ausgedehnte Erkrankung des Beckens die Aussicht fast hoffnungslos. Ist jedoch die Karies auf die Pfanne beschränkt, so kann sie, wie ausgedehnt sie auch sein mag, nicht von der Operation zurückhalten, weil es in solchem Falle nicht schwierig ist, alles Erkrankte vom Knochen wegzunehmen. In den meisten Fällen bleibt es vor der Operation unmöglich, die Ausdehnung der Karies des Beckens festzustellen. Wenn der Einwurf erhoben worden ist, dass es bei der Operation nicht möglich sei, vorauszubestimmen, wie viel vom Knochen weggenommen werden müsse, d. h. die Portion zu unterscheiden, welche so gelitten hat, dass sie nicht mehr erhalten werden könne, und dagegen diejenige, welche nur erweicht ist und vielleicht sich erholen werde, sobald die Krankheit in der Nähe gehoben ist, so muss dieser Einwand als richtig zugegeben werden. Diese Schwierigkeit ist meiner Ansicht nach wirklich eines der grössten Hindernisse gegen den Erfolg in vielen Fällen. Ich muss mir gestatten, hier eine Bemerkung zu wiederholen, welche ich schon anderswo angegeben habe *(Holmes, System of Surgery, vol. III)*, nämlich die Nothwendigkeit, zwischen einem erweichten kariösen Zustande des Knochens und dem Sequester der Nekrose zu unterscheiden. Das Vorhandensein eines Sequesters kann, wie gross er auch sein mag, keine Gegenanzeige gegen die Operation sein, sondern ist im Gegentheile eine dringende Anzeige für dieselbe. Ganz verschieden ist aber der Fall, wenn die Frage entsteht, ob es möglich und unerlässlich sei, ein sehr grosses Stück erweichten Knochens fortzunehmen. Der wohlbekannte Fall von Erichsen *(Science and Art of Surgery, 4. Edition)*, wo der Sitzbeinhöcker und grosse Stücke der Schambeinäste bei Ausschneidung des Hüftgelenkes entfernt wurden, tritt hier besonders vor Augen. Obwohl Erichsen es nicht ausdrücklich sagt, so geht doch aus der Abbildung, welche er von der Grösse und Lage der Wunde gibt, deutlich hervor, dass er zu dieser grossen Portion der Beckenknochen nicht durch wirkliche Einschnitte gelangt ist, und dass daher die ganze Portion des Knochens, die vom Becken entfernt worden ist, einen Sequester gebildet haben muss. Nun ist aber die Ge-

genwart eines grossen Sequesters ein ganz klarer Beweis, dass die Krankheit den Höhepunkt erreicht hat und dass durch Entfernung des todten Knochens Heilung bewirkt werden kann, wogegen die Affektion eines grossen Theiles des Knochens durch Karies die sehr starke Vermuthung begründet, dass das Gegentheil der Fall ist. So scheint ferner in dem von Jones in Jersey besprochenen Falle *(Medic. Chirurgic. Transact. vol. XIII)* von Exartikulation des Schulterblattes es nichts Anderes gewesen zu sein, als Entfernung eines Sequesters. Solche Operationen können unter gewöhnlichen Umständen ganz erfolgreich sein; ist aber Karies des Beckens sehr ausgedehnt, so würde ich von der Operation abrathen, da sie sich dann leicht als nichtig erweisen und dadurch in Misskredit gerathen könnte. Die Zulässigkeit der Operation in Fällen von Hüftgelenkkrankheit, wo zugleich Beckenabszesse vorhanden sind, ist eine Frage, über die ich keine Meinung aussprechen kann, da mir ein Fall der Art, wo ich zweifelhaft sein konnte, noch nicht vorgekommen ist. In meinem 6. Falle war ein Beckenabszess vorhanden, aber ich hatte ihn nicht entdeckt und ich würde nicht operirt haben, wenn ich von ihm gewusst hätte. Die Autorität von Hancock spricht zu Gunsten der Operation in gewissen Fällen, selbst wenn Abszesse im Becken existiren und dieser Ansicht hat sich auch Barwill angeschlossen, allein die Fälle, in welchen ein solches Verfahren rathsam ist, können wirklich nur selten sein.

5) Abszesse und Eitersenkungen in den weichen Theilen. Diese Abszesse bilden, wenn sie auch ganz bedeutend sind, in der Regel keine Gegenanzeige gegen die Operation. So war in dem oben erwähnten Falle von Hancock der Fortschritt der Heilung durch ausgedehnte Abszesse oder Eitersenkungen, welche vom Becken hinab bis zum Oberschenkel reichten, nicht gehindert, und in meinem vierten Falle ging die Heilung, obwohl bedeutende Eitersenkungen durch die ganze vordere und äussere Seite des Oberschenkels bis fast zum Kniee hinab sich durchgezogen hatten, ganz gehörig ihren Gang.

Soll die Operation in den Fällen gleich vorgenommen

werden, wo noch keine offenen Abscesse vorhanden sind oder soll man erst den Abszess öffnen, den Eiter auslassen und mit der Operation bis auf spätere Zeit warten? Die Antwort auf diese Frage ist nicht ohne Schwierigkeit. Ich halte die Aussicht auf Heilung für grösser, wenn der Abszess geöffnet und der Kopf des Femur in demselben Akte der Operation entfernt wird, und ferner muss ich sagen, dass, wenn die Symptome akut erscheinen und eine Untersuchung des Gelenkes bei dem chloroformirten Kranken ein schon ausgedehntes Knochenleiden darthut, dieses Verfahren am gerathensten ist. Man muss wohl bedenken, dass, wenn man den Abszess öffnet, den Eiter auslässt und mit der Operation wartet, der Kranke eine lange Eiterungsperiode vor sich hat und bei der ausgedehnten kariösen Fläche des Knochens die Reaktion oft heftig wird, so dass der Kranke um die Kräfte gebracht wird, die zu seiner Heilung nöthig sind. Ich brauche wohl nicht bei der Frage zu verweilen, ob es richtig sei, die Eröffnung solcher Abszesse zu verschieben, bis sie dringend durch die Symptome geboten ist; ich glaube, dass die Chirurgie über diesen Punkt im Klaren ist. Ich bin der Meinung, dass Ausschneidung des Hüftgelenkes in keinem Falle vorzuschlagen sei, in welchem Eiter sich nicht gebildet hat.

6) Hektik. Hektisches Fieber verbunden mit deutlicher Abmagerung ist ein dringendes Motiv für den operativen Eingriff, soferne man damit nicht so spät kommt, d. h. soferne die Kräfte nicht schon so weit herabgebracht sind, dass der Kranke die Operation nicht mehr zu überleben im Stande ist, oder nicht Tuberkeln in den Lungen sich deutlich dargethan haben. Wir müssen hierbei wohl in Betracht ziehen, dass Kranke der Art in einem frühen Stadium ihrer Krankheit häufig von jeder inneren Affektion frei sind und diese erst während des Verlaufes der Krankheit erlangen, und es ist wohl anzunehmen, dass die Affektion der inneren Organe nur eine Folge der durch das Hüftgelenkleiden bewirkten Erschöpfung und bedingten Bettlage ist. Das Fehlen aller Symptome eines inneren organischen Leidens habe ich in vielen Fällen während des Lebens oft erkannt und auch dann und wann Gelegenheit gehabt, selbst bei vorgerücktem Hüft-

gelenkleiden nach dem Tode alle inneren Organe vollkommen gesund zu finden (sechster Fall).

Ich mache diese Bemerkung, weil das häufige Vorkommen von Phthisis und chronischer Entartung der Leber und der Nieren bei Hüftgelenkkrankheit den Wundarzt einschüchtern könnte, die Operation bei einem Kranken zu fürchten, in welchem ein hektisches Fieber sich kundthut. Ergibt in solchem Falle die genaue Untersuchung keine Tuberkeln in den Lungen, keine abnorme Beschaffenheit des Urines, keine Vergrösserung der Leber, so ist das hektische Fieber mehr der fortwährenden Reizung zuzuschreiben, die von der Gelenkkrankheit ausgeht und es ist daraus eher eine Anzeige für die Operation als gegen dieselbe zu entnehmen. Auch halte ich es noch durchaus nicht für entschieden, dass Vergrösserung der Leber (vermuthlich die Folge von speckiger oder amyloider Degeneration) ein Hinderniss sein sollte, die Heilung durch die Operation zu versuchen. Solche Vergrösserung der Leber war in beträchtlichem Grade bei dem kleinen Knaben vorhanden, welcher den Gegenstand des fünften Falles bildet; wenigstens war sie zur Zeit der zweiten Ausschneidung des Gelenkes vorhanden und dennoch genas der Knabe ohne irgend ein übeles Symptom.

Statistik der Operation.

Die Statistik der bisher berichteten Fälle von Ausschneidung des Hüftgelenkes gibt durchaus kein sicheres Resultat. Die von Sayre, Fock, Hodges u. A. gegebenen Tabellen sind ganz unbrauchbar zur Aufhellung irgend eines auf die Operation bezüglichen Umstandes. Sie gewähren nur eine Ansicht von der direkten oder unmittelbaren Mortalität und selbst hier sind sie nicht besonders zuverlässig und korrekt. Ich glaube, dass die veröffentlichten Tabellen für die unmittelbare Mortalität einen zu hohen und für die spätere einen zu niederen Prozentsatz darstellen; ich will damit sagen, dass viele von diesen Kranken, welche in den Tabellen als „bald nach der Operation gestorben“ angegeben sind, solche waren, die schon in einem hoffnungslosem Zustande sich befanden, als die Operation gemacht wurde, die also weniger dieser als der Krankheit erlegen sind. Sollen ande-

.rerseits dergleichen Tabellen dazu dienen, um das Verhältniss derjenigen festzustellen, welche ganz vollständig wieder hergestellt und zu einem gewissen Gebrauche des Gliedes durch die Operation wieder gebracht seien, so würde der Irrthum, der daraus hervorginge, noch viel ernster sein, da viele der aufgeführten Heilungen später als verfehlt sich erwiesen haben. So wird der schon erwähnte Fall von Hancock, wo dieser den ganzen Boden der Pfanne mit weggenommen hat, von Fock zu den Heilungen gezählt, während Barwill in seinem Werke über Krankheiten der Gelenke (S. 447) angibt, dass die Wunde niemals heilte, sondern offen blieb bis zum Tode des Operirten, und dass ein kleiner Theil des Femur noch kariös befunden ward; von Fock aber ist bei diesem Falle notirt: „Geheilt, geht umher.“ Auch in Hodges' Tabelle figurirt dieser Fall als Heilung, obgleich dabei ehrlich angegeben wird, dass der Operirte nicht wieder gesund wurde, sondern einige Monate nach der Operation starb. In gewisser Beziehung konnte allerdings hier Heilung angegeben werden, da der Patient durch die Operation von allen quälenden Symptomen befreit und von der Lebensgefahr, welche direkt durch die Hüftgelenkkrankheit gesetzt wurde, gerettet worden war; vollständige Heilung war aber nicht eingetreten und es konnte auch nicht gesagt werden, dass das operirte Glied jemals wieder zu brauchen gewesen wäre. Wenn bei den Berichten über die Operationsfälle genau diejenigen rubrizirt würden, in welchen eine wirkliche und vollständige Heilung der kranken Glieder stattgefunden, und dagegen diejenigen, in denen zwar die Operation überstanden wurde, aber noch lange nachher die Wunde offen geblieben und Fistelgänge in der Nähe sich erhielten, so würden wir besser im Stande sein, den Prozentsatz der gelungenen zu den misslungenen Operationen zu bestimmen. Wie dem aber auch sei, so berechtigt uns auch selbst ein ganz geringes Verhältniss von vollständig gelungenen Heilungen zur Aufnahme der Operation als eines der wichtigsten Mittel bei eingewurzelten Hüftgelenkleiden. Wir dürfen über die hier in Rede stehende Operation nicht nach denselben Prinzipien urtheilen, die wir bei Ausschneidung des Ellbogen- oder Knie-

gelenkes zur Geltung bringen, denn, wenn bei diesen letzteren Operationen das numerische Verhältniss der gelungenen Heilungen sich sehr schlecht stellen sollte, so ist uns anheimgestellt, die Operation zu unterlassen und statt ihrer, behufs der Beseitigung der Krankheit, die Amputation vorzunehmen, und was die Erkrankung des Schultergelenkes betrifft, so bleibt uns, falls die Ausschneidung hier ebenfalls ein sehr ungünstiges Verhältniss der Erfolge zeigen sollte, sehr wohl die Wahl, den natürlichen Heilungsprozess, der hier wohl eintreten mag, abzuwarten. Beim Hüftgelenke ist das anders; eine natürliche Heilung ist sehr selten, sobald die Krankheit in das letzte Stadium gerückt ist, und in den Fällen, in denen die Krankheit dieses Gelenkes immer schlimmer wird und erschöpfend zu wirken beginnt, dürfen wir in der That mit voller Ueberzeugung selbst eine kleine Zahl von wirklichen Operationserfolgen als einen klaren Gewinn erachten. Dass das Prozentverhältniss der durch die Operation erlangten vollständigen Heilungen, d. h. solcher Heilungen, wobei das Glied wieder brauchbar geworden, sich wirklich so stelle, wie es in den veröffentlichten Tabellen angegeben, kann ich nicht glauben. Die schon erwähnte Uebersicht, die Hodges gegeben hat, scheint mir noch die vollkommenste und zuverlässigste zu sein; sie zählt 111 Fälle, in denen die Ausschneidung des Hüftgelenkes vorgenommen worden, davon endigten 53 mit dem Tode, bei 2 musste die Amputation vorgenommen werden und von 56 wird gesagt, dass Heilung erlangt worden, und zwar Heilung mit einem mehr oder minder brauchbaren Gliede. Nun ergibt sich aber bei genauer Durchsicht, dass nur in 34 Fällen der Beweis von dem Wiedergebrauche des Gliedes geführt worden. Könnten wir aber auch nur diese letztere Zahl als richtig und erwiesen anerkennen, so würden wir darin schon nach meiner Ansicht eine Befriedigung finden müssen. Man muss doch eingestehen, dass, wenn von den bedauernswerthen Opfern der hier in Rede stehenden fast hoffnungslosen Krankheit durch die Operation auch nur die Hälfte dem Tode entzogen und nicht mehr als der vierte Theil zum aktiven Leben zurückgeführt würde, dieser gewaltsame Eingriff schon vollkommen gerechtfertigt

wäre. Ich muss aber sagen, dass ich selbst diesen zuletzt angegebenen Ertrag des Erfolges für sehr zweifelhaft halte. Ich habe schon anderweitig *(British and Foreign Medico-Chirurgical Review, July, 1862)* dargethan, wie trügerisch die Statistik der meisten dieser chirurgischen Operationen ist und wie viel Grund man zu der Vermuthung hat, dass die Erfolge der Ausschneidung des Kniegelenkes von den partheiischen Anhängern dieser Operation bedeutend übertrieben worden und dass diese Operation in dieser Hinsicht weit weniger günstig sich stellt, als die wegen Kniegelenkleiden im Oberschenkel vorgenommene Amputation. Dennoch aber will ich die Ausschneidung des Kniegelenkes nicht entschieden abweisen, im Gegentheile will ich sie für geeignete Fälle zulassen, und wenn nach Ausschneidung des Hüftgelenkes die Mortalität selbst noch höher kommen würde als 50 Prozent, würde ich doch hierin durchaus kein entschiedenes Argument gegen diese Operation in bestimmten Fällen erblicken. In Wahrheit sind diese aus statistischen Zusammenstellungen entnommenen allgemeinen Folgerungen nur vom Nutzen für das Studium der Frage im Allgemeinen. Wie in dem einzelnen Falle zu verfahren sei, kann nur am Krankenbette selbst durch eine sorgfältige Prüfung der Symptome und aller übrigen Umstände festgestellt werden. Ich bin ebensowenig wie irgend ein Anderer geneigt, die Misslichkeiten und Unsicherheiten dieser Operation zu unterschätzen; jedoch kann ich nicht umhin, zu behaupten, dass sie eine günstige Aussicht gewährt, wo jede andere Behandlung nichts mehr leistet, und ich selbst verübe daher die Operation immer, wenngleich ich sie nur selten empfehle.

Die Operation und deren Nachbehandlung.

Ich habe wohl nicht nöthig, über das Operationsverfahren selbst viel zu sagen. Ich habe immer einfache Einschnitte gemacht und den Hals des Oberschenkelknochens oder die Trochantergegend durchsägt, nachdem ich zuvor die Ligamente gelöst und den Kopf des Knochens aus der Grube oder dem Reste der Pfanne, in der er fest lag, herausgehoben hatte. Es ist rathsam, mittelst eines Messers auf dem Femur eine Rinne zu machen, bevor man die Säge aufsetzt,

namentlich um von dem hinteren Theile das Periost abzulösen. Von dem Zustande der Pfanne hat man sich durch Befühlen mit dem Finger zu überzeugen, denn wenn auch dadurch, dass man einen Lichtstrahl in die Wunde hineinfallen lässt, ein tieferer Theil derselben besehen werden kann, so kann man dabei doch nicht genau die Beschaffenheit des Grundes erkennen. Ich bemühe mich, mittelst eines Schabers und Meissels die rauh erkannten Stellen der Pfanne nach und nach wegzunehmen, bis eine ziemlich glatte und gleiche Fläche gewonnen ist. Was den Verband der Wunde betrifft, so bin ich immer dafür, ihn so einfach als möglich zu gestalten. Ein durch die Wundränder gelegtes Heft quer über der Mitte kann von Nutzen sein, um das Austreten des Knochenendes, wenn der Trochanter daran geblieben ist, zu verhindern, und dann wird eine lange passende Schiene angelegt, um das Glied und das Becken in vollständiger Ruhe zu erhalten, und ein Gewicht am Fusse hilft am besten, die Streckung und die gerade Lage des Beines zu bewahren. Komplizirte Apparate für die Nachbehandlung dieser Fälle erscheinen mir ganz unnöthig. Ist ein grosses Stück vom Knochen entfernt, so halte ich für besser, das Glied wenigstens in den ersten 8 bis 10 Tagen ganz ohne Schiene zu belassen. Das Femur wird durch die Muskeln bis zu einer nur geringen Entfernung vom Becken in die Höhe gezogen und es kann dann später dem Gliede die richtige Lage gegegeben werden, falls es diese nicht selbst annimmt. Man wird oft finden, dass während der ganzen Nachbehandlung ausser Sandsäcken kein anderer Apparat nothwendig wird. Die Lage der Wunde ist keine bequeme und es wird oft nothwendig, den Körper des Kindes zu drehen und zu lüften, um die Wunde zu verbinden. In diesem Falle muss allerdings eine Schiene angelegt werden, allein dadurch wird die Erneuerung des Verbandes, die nicht umgangen werden kann, erschwert und für das Kind viel quälender, als wenn keine Schiene gebraucht wird. In vielen Fällen liess ich das Kind behutsam auf die gesunde Seite drehen und ich habe es oft besser gefunden, keine Schiene zu benutzen, indem ich die Streckung des Gliedes nur durch ein angehängtes Gewicht unterhielt.

Die Länge der Zeit, welche die Nachbehandlung in einigen Fällen erfordert, ist oft sehr bedeutend und kann als Einwand gegen die Operation gelten. In einigen günstigen Fällen heilt die Wunde in nicht zu langer Zeit, aber da, wo der Verlauf nicht so günstig ist, sondern die Heilung der Wunde sich sehr lange hinzieht, ist zu besorgen, dass weit mehr vom Knochen erkrankt ist, als angenommen worden. Fälle der Art dienen am meisten dazu, die Operation in Misskredit zu bringen, eben weil nach derselben der Zustand in Bezug auf die langdauernde Eiterung und Reizung ganz derselbe ist wie vorher. Man kann sagen, dass in einem Falle von zweien diese Disposition der Wunde, nicht zuheilen zu wollen, sich bemerklich macht. Diese Disposition der Wunde, nicht zuzuheilen, beruht auf zwei Ursachen. In einigen Fällen nämlich ist die Operation viel zu lange aufgeschoben worden und es hat das Allgemeinbefinden des Kindes dermassen gelitten, dass der Wiederherstellungsprozess hier gar nicht oder nur sehr langsam vor sich geht; der bei der Operation blosgelegte Knochen, anstatt sich, wie in *günstigen* Fällen, mit Granulationen zu bedecken und mit den benachbarten Texturen zu verbinden, bleibt entblösst, erweicht sich und wird kariös und so bleibt das Glied unbrauchbar und die Krankheit verlängert sich, obwohl *das Leben* dabei nicht untergeht. In anderen Fällen ist noch ein erkrankter Theil des Knochens zurückgelassen worden; die Wunde zeigt keine Neigung sich zu schliessen und das richtigste Verfahren würde dann sein, den kranken Ueberrest durch eine zweite Operation auch noch zu entfernen. In solcher Weise ist in unserem fünften Falle verfahren worden. Da dieser Fall, so viel ich weiss, der erste ist, in welchem die Ausschneidung des Hüftgelenkes noch einmal wiederholt worden und da bis zu diesem Augenblicke derselbe *noch* nicht abgeschlossen ist, so kann ich noch nicht sagen, welchen Vortheil die Wiederholung der Operation bietet; *es ist* nur so viel gewiss, dass die Aussicht auf vollständige Heilung dadurch bedeutend erhöht worden ist.

Der Erfolg, welcher nach einem günstigen Verlaufe sich herstellt, ergibt sich aus unserem zweiten Falle, wo nämlich

eine feste fibröse Verbindung zwischen Femur und Becken entstanden ist und eine Art Kapsel um diese Verbindung herum sich geschaffen hat. Ein solches falsches Gelenk gestattet Bewegung nach jeder Richtung hin, wenn auch nicht in sehr grosser Ausdehnung. Eine knochige Anchylose würde keineswegs so vortheilhaft sein, aber diese kommt zwischen Femur und Becken wohl nie, jedenfalls nur äusserst selten, zu Stande. Ist die Ausschneidung des Hüftgelenkes ohne Erfolg geblieben, so besteht die Erfolglosigkeit darin, dass die genannten Knochen sich ganz und gar nicht mit einander verbinden, oder dass die entstandene brandartige Verbindung zwischen ihnen zu lange und schwach ist, um als Halte- oder Stützpunkt für die Bewegung des Gliedes dienen zu können. In einem Falle dieser Art, bei einem phthisischen Knaben, war das eine Bein mehrere Zoll kürzer als das andere und bewegte so umher, als ob es nur an einem lockeren Faden hinge.

Es scheint das Hüftgelenkleiden aus lokalen Gründen unheilbar und ist das Allgemeinbefinden ein ganz gutes, so entsteht die Frage: ob nicht Exartikulation des ganzen Gliedes vorzunehmen sei? Ich kann mir leicht einen Fall vorstellen, wo die Krankheit fast nur auf den Oberschenkelknochen allein beschränkt ist, aber eine so bedeutende Ausdehnung in demselben erreicht hat, dass die Ausschneidung des kranken Theiles fast unmöglich wird; es kann dabei auch wohl noch eine unbedeutende und ganz oberflächliche Karies der Pfanne vorhanden sein. Bedenkt man, dass unter diesen Umständen durch fortwährende Eiterung die Kräfte des Kranken erschöpft werden und er in immer tieferes Elend geräthet, so würde die Entfernung des ganzen Beines mit dem Oberschenkel den Zugang zur Pfanne gestatten und die Entfernung alles Krankhaften möglich machen. Es käme dann nur darauf an, dass der Kranke die Operation selbst überlebt; überlebt er diese, so kann er auch noch für längere Zeit am Leben erhalten werden. Ich erwähne diesen Punkt nur beiläufig, da ich selbst noch nicht genöthigt worden bin, zu einer solchen Operation zu schreiten, die ich aber, wie gesagt, unter gewissen Umständen für gerechtfertigt halte.

II. Operirte Fälle.

Ich will nun zu einem kurzen Berichte der Fälle schreiten, in welchen ich selbst Gelegenheit hatte, die Operation im Hospitale für kranke Kinder vorzunehmen. Es sind im Ganzen acht Fälle, von denen zwei tödtlich endigten. In dem einen dieser beiden Fälle war der Tod das direkte Resultat der Operation, welche viel zu lange verschoben worden war und zwar lediglich durch die Schuld der Eltern des Kindes, die sehr lange Zeit der Operation sich widersetzten. In dem anderen Falle erfolgte der Tod durch eine ungewöhnliche Ursache, nämlich durch das Auftreten der Krankheit im anderen Hüftgelenke. Von den anderen operirten Kindern sind noch zwei, obwohl sie nicht gestorben sind, doch noch nicht als geheilt zu bezeichnen, geben aber noch Aussicht zur Heilung. Es bleiben nun noch vier Fälle, von denen drei vom glücklichsten Erfolge gekrönt sind und einer noch in der Nachbehandlung sich befindet.

Erster Fall: unglücklich wegen Auftretens der Krankheit in dem anderen Hüftgelenke.

Isaak R., 7 Jahre alt, aufgenommen den 18. November 1861 mit einem Eitergange, der zum rechten Hüftgelenke führt. Der Trochanter hervorstehend und etwas in die Höhe gezogen, obwohl keine Dislokation des Femur vorhanden ist. Der Knabe hat viel Schmerz und Empfindlichkeit im Gelenke, fühlt aber Milderung bei strenger Ruhe.

Es ist wohl unnöthig, in diesem und in den folgenden Fällen die Symptome genau zu schildern; sie sind bekannt und gleichen sich einander so ziemlich. Das bedeutendste Symptom bei dem Knaben, welches mir ganz besonders die Operation nöthig zu machen schien, war die Unfähigkeit desselben, die gestreckte Lage des Gliedes zu ertragen. Es war nicht schwer, unter der Wirkung des Chloroforms das Glied in Streckung zu bringen und dasselbe darin durch eine lange Schiene zu fixiren. Anfänglich wurde das ziemlich ertragen, aber nach kurzer Zeit musste die Schiene fortgenommen werden, weil der Schmerz für den Knaben zu gross war. Nach

Entfernung der Schiene nahm das Glied gleich wieder seine gewöhnliche halbe Beugung und Adduktion wieder ein und dabei verschwand auch sofort der Schmerz. Der Knabe wurde noch 4 Monate im Hospitale unter der gewöhnlichen Behandlung gehalten und während dieser Zeit wurde an einer etwas günstigeren Stelle eine neue Oeffnung zum Abflusse des Eiters gebildet. Eine ganz genaue Untersuchung ergab eine ziemlich gesunde Beschaffenheit aller Eingeweide, aber da die Kräfte immer mehr sanken und auch der Appetit sich zu verlieren begann, wurde mit der Operation nicht länger gezögert.

Am 29. März 1862, nachdem durch einen Schnitt das Gelenk weit geöffnet worden war, floss eine grosse Menge ziemlich gesunden Eiters aus. Der Femurknochen wurde durch den oberen Theil des grossen Trochanters durchsägt. Am Kopfe des Femur fanden sich noch einige Reste des Knorpels und der ganze innerhalb der Kapsel befindliche Theil des Halses zeigte sich entblösst und rauh. Ein kleines Sequester von der Grösse einer halben Mandel war in dem unteren Theile des Femurhalses eingebettet. Der Rand der Pfanne fand sich rauh und erweicht und wurde, so weit er krank war, abgeschabt und abgemeisselt. Sehr geringe Blutung trat ein und eine sehr geringe Fieberreaktion folgte. Das operirte Glied wurde dann in eine gestreckte Lage gebracht und darauf eine gepolsterte Schiene gelegt.

In den nächsten 3 Wochen ging Alles ganz gut, aber nun begann der Knabe über einen Schmerz im linken Hüftgelenke zu klagen und bei einer genauen Untersuchung zeigte sich deutlich eine ernste Erkrankung dieses Gelenkes; es bildete sich daselbst auch bald der grosse Abszess, welcher in der letzteren Hälfte des April geöffnet wurde; es wurde nun auch an dieses linke Glied eine grosse Schiene angelegt.

Von dieser Zeit an trat rasch Abmagerung und Verfall der Kräfte ein und eine Untersuchung der Brust im Monate Juni ergab feuchtes Rasseln unter beiden Schlüsselbeinen und Schwächung des Athmungsgeräusches, und eine spätere Untersuchung stellte das Dasein von Tuberkelablagerungen in den Lungen ausser Zweifel. Die Wunde des rechten Hüftgelenkes zeigte keine Neigung zur Heilung, und am 29. Juli

wurde der Knabe in ein Asyl für Unheilbare gebracht, wo er einige Monate nachher starb.

Zweiter Fall: Operation mit glücklichem Erfolge; Tod späterhin durch zufälliges Eintreten von Pneumonie; Untersuchung des Gelenkes.

Margarethe K., $4^1/_2$ Jahr alt, aufgenommen am 21. Mai 1862. Sie hat ein gesundes Aussehen. Ihre Eltern und Geschwister waren frei von Phthisis, und es gab auch keine Andeutung, dass diese Krankheit irgendwo im Spiele war. Ein Zufall, der zwei Jahre vorher eingetreten war, soll Anlass zu der Krankheit gegeben haben und es sind verschiedene Behandlungen mit dem Kinde vorgenommen worden. Das Hüftgelenk fand sich bei der Aufnahme vollständig desorganisirt, und ich entschloss mich zur Operation, eben weil das Allgemeinbefinden noch ganz gut war. Die Operation wurde am 28. Mai vorgenommen. Sie war etwas schwierig, und zwar in Folge eines alten Irrthumes, in den ich verfiel. Es fand sich im Halse des Femur eine grosse kariöse Grube, mit weicher Masse umgeben, und als ich meinen Finger einschob, um nachzufühlen, hielt ich den Rand dieser Grube für den Rand der Pfanne und verlor eine ziemliche Zeit bei dem Versuche, die vermuthete Pfanne zu öffnen. Die eigentliche Pfanne lag etwas weiter oben. Das Ende des Femur war sehr gequollen und die Krankheit erstreckte sich auch bis auf den Trochanter; der grössere Theil des letzteren wurde entfernt und der Durchschnitt des Knochens geschah dicht über dem kleinen Trochanter. Auch die Pfanne fanden wir in grosser Ausdehnung ulzerirt und ihre ganze Oberfläche musste abgemeisselt werden. Auf die Operation folgte ein ziemlich starker Fieberanfall und die Theile um die Wunde schwollen so an und wurden so schmerzhaft, dass eine Schiene nicht angelegt werden konnte. Bald wurde dieser Zustand beseitigt und nachher ging Alles ziemlich gut. Der Eintritt von Masern im Juli verzögerte die Heilung, aber am 15. September (16 Wochen nach der Operation) war die Wunde so weit geheilt, dass die Kleine aufstehen konnte. Das Bein war beweglich an der operirten Stelle und das Kind konnte

strecken und beugen; es war im Stande, eine Zeit lang ohne Stütze, und mit Hülfe eines Stockes noch länger umherzugehen. Anfangs Desember wurde die Kleine nach Brighton gesendet, aber hier erkältete sie sich und wurde mit Pneumonie nach dem Hospitale zurückgebracht. Das operirte Glied befand sich im ganz guten Zustande. Die Pneumonie aber führte zu Konsolidation der Lunge; es folgte Oedem des ganzen Körpers und der Tod am 10. Februar 1863.

In der Leiche fanden sich alle Eingeweide gesund; nur die Lungen waren hepatisirt, aber ohne Spur von Tuberkeln. Das neue Gelenk lag unter einem dichten fibrösen Narbengewebe, welches eine vollständige Kapsel um das Knochenende bildete; der kleine Trochanter war in die Höhe gezogen und das Ende des Femur drückte gegen die Pfanne und zwar durch die Wirkung der Sehne des Psoasmuskels. Die Pfanne bildete eine grössere Höhle als gewöhnlich. Das Ende des Femur hatte sich scheinbar mit einer Art Knorpel überzogen, der aber nichts weiter war, als verdichtetes fibröses Gewebe; das Innere des Femur und die Pfanne waren durch fibröse Anheftungen wie durch Bänder fest mit einander verbunden.

Dritter Fall: Operation mit zweifelhaftem Erfolge, langdauernde Behandlung, geringe Aussicht auf Heilung.

M. H., $9^1/_2$ Jahr alt, aufgenommen am 13. Juni 1863 mit Eitergängen und Karies des linken Hüftgelenkes. Diese kleine Kranke hatte seit 6 Monaten im Bette gelegen und war aus einem anderen Hospitale, wo sie 4 Monate vergeblich behandelt worden war, zu uns gebracht worden. Das Glied hatte eine schlechte Stellung und das Allgemeinbefinden schien bereits zu wanken. Am 4. Juli machten wir die Operation, die schnell und leicht ausgeführt wurde. Blut ging wenig verloren. Die Krankheit des Femur war auf den Hals beschränkt, so, dass der grosse Trochanter fast ganz zurückgelassen werden konnte; die Gelenkbänder waren gänzlich zerstört und die Gelenkhöhle enthielt eine grosse Menge Eiter. Die Pfanne war etwas rauh und musste theilweise abgemeisselt werden. Ich versprach mir bei dieser Operation den be-

sten Erfolg, aber es folgten viel heftigere Symptome als in anderen Fällen. Heftige Schmerzen in der Wunde und Fieber zeigten sich in den letzten Tagen; es erschien eine Art Oedem, allein es mässigten sich alle diese Erscheinungen, als kräftige Eiterung sich einstellte. Ungefähr acht Tage nach der Operation bekam die Kleine einen starken Durchfall, der mehrere Tage anhielt und sich mehrmals wiederholte. Am nächsten Monate bildete sich an verschiedenen Stellen des Hintern brandiges Durchliegen, so dass vom Anlegen einer Schiene nicht die Rede sein konnte; die Wunde wollte nicht heilen und der Trochanter ragte aus derselben etwas hervor. Die Kleine verfiel in grosse Abmagerung und wir hielten den Fall für hoffnungslos; allein durch den Gebrauch des Wasserkissens und durch sorgfältige Pflege gelang es uns, Besserung herbeizuführen. Die durchgelegenen Stellen fingen an zu heilen, die Kräfte nahmen zu und der Appetit besserte sich; auch die Wunde fing an sich zu schliessen. Durch die lange Bettlage war auch das rechte Bein fast ganz unbeweglich geworden, aber seit einigen Wochen ist die Kleine im Stande, täglich eine kurze Zeit ausserhalb des Bettes zu verbleiben; das operirte Bein ist aber $1^1/_2$ Zoll kürzer als das andere und der grosse Trochanter ist sehr hervorragend. Steht die Kleine aufrecht, so kann sie damit gerade den Boden erreichen, indem sie sich auf den Rand eines Tisches stützt.

Vierter Fall: Hüftgelenkkrankheit mit sehr grossem Abszesse, akute Symptome, Ausschneidung des Gelenkes als letztes Mittel, schnelle Heilung mit einem brauchbaren Gliede.

William W., 7 Jahre alt, aufgenommen den 18. Januar 1864 mit Erkrankung des rechten Hüftgelenkes, welche seit 12 Monaten bestand und ohne erkennbare Ursache eingetreten sein soll. Es fand sich eine sehr grosse Eiteröffnung, welche tief hinab bis zum unteren Drittel des Oberschenkels führte. Eine wirksame Behandlung hatte nicht stattgefunden. Der Knabe hatte keine grosse Schmerzen und schlief gut, aber der grosse und immer tiefer gehende Eitergang machte es nöthig, denselben so weit als möglich zu öffnen. Es folgte

darauf eine sehr profuse Eiterung; der Knabe wurde bleich und magerte ab, hatte aber kein Symptom von Hektik und empfand nur dann Schmerz, wenn das in schlechter Position befindliche Bein bewegt wurde. Die Untersuchung der Brust ergab einen ziemlich gesunden Zustand der Lungen, und ich entschloss mich zur Operation, um den Knaben von der erschöpfenden Eiterung zu befreien. Die Operation wurde am 11. Februar vorgenommen. Da der Eitergang sehr weit hinab ging, so konnte ich demselben, um das Kind zu schonen, nicht bis zu Ende folgen; ich beschränkte deshalb den Schnitt so viel als möglich, fand das Gelenk mit einer grossen Masse weicher Textur bedeckt und hatte einige Mühe, die Exartikulation des Femurkopfes zu bewirken. Eine grosse Menge Eiter wurde dann ausgelassen. Der Knochen wurde an der Verbindung des Halses und Trochanters durchsägt. Er war ganz vom Knorpel entblösst und ulzerirt, aber nicht nekrotisch. Der Rand der Pfanne war nur an einer kleinen Stelle erkrankt und musste hier abgemeisselt werden. Eine passende Schiene wurde lose angelegt, aber diese Schiene hätte auch weg bleiben können, da sie wenig Gutes that und eigentlich mehr im Wege war. Der Knabe hatte wenig Fieber nach der Operation, aber der tiefe Eitergang füllte sich voll mit Materie, es trat grosse Spannung ein und einige Tage nach der Operation musste der Knabe chloroformirt und am äusseren Theile des Oberschenkels ein grosser Einschnitt gemacht werden, um dem in der Tiefe angesammelten Eiter einen Abfluss zu verschaffen. Alle Wunden aber heilten ganz gut, und am 2. April war der Knabe so weit, dass er aufstehen konnte. Die Schiene war weiter nicht gebraucht worden.

Am 18. Mai war mit Ausnahme einer kleinen Stelle am operirten Hüftgelenke Alles zugeheilt; das operirte Bein war $1^1/_2$ Zoll kürzer als das andere; der Knabe kann, angelehnt an einem Tische, stehen und einen oder zwei Schritte gehen; das Bein ist beweglich am Becken, und mit Hülfe von Krücken kann der Knabe sich herumbewegen.

Am 28. Juli. Ein Anfall von Masern hat den Kranken etwas zurückgebracht; jetzt ist er aber wohl, jedoch noch schwach; die Wunde ist fest zugeheilt; er kann mit Krücken

ganz gut gehen und auch ohne dieselben eine kurze Strecke vorwärts kommen.

Jetzt (im November) ist er vollständig geheilt, geht frei umher, jedoch noch etwas ungeschickt, da er nicht daran gewöhnt ist, unter dem einen Stiefel für das operirte Bein einen hohen Absatz zu tragen.

Fünfter Fall: Resektion nach theilweisem Misslingen der ersten Operation; Erfolg ungewiss.

William M., 8 Jahre alt, war schon 1861 im Hospitale unter Behandlung des Hrn. Johnson. Damals war er durch die Krankheit des Hüftgelenkes bis zum höchsten Grade der Erschöpfung gekommen. Es wurde die Ausschneidung des Hüftgelenkes vorgenommen, weil die volle Ueberzeugung herrschte, dass der Knabe entschieden zu Grunde ginge, falls man die Ursache der Erschöpfung nicht fortzuschaffen versuchte. Kopf und Hals des Femur wurden entfernt und von der Pfanne wurde so viel Krankhaftes fortgenommen, als man erreichen konnte. In einer Beziehung hatte die Operation guten Erfolg; das Allgemeinbefinden des Kindes nämlich besserte sich darauf bedeutend und es war jedenfalls der sicher herannahende Tod abgehalten worden. Die Wunde aber wollte durchaus nicht heilen und das Bein blieb eine nutzlose Last. Nach langer Behandlung im Hospitale zu Margate und als poliklinischer Kranker blieb der Knabe sich selbst überlassen; er war in einem ganz erträglichen Zustande, nicht ohne Kräfte und hatte keine Schmerzen, sah aber immer noch bleich und kränklich aus. Zuletzt jedoch gerieth die offene Wunde in einen sehr gereizten Zustand, die Eiterung vermehrte sich und der Knabe fing an immer magerer und schwächer zu werden und wurde auch wieder von Schmerzen im kranken Theile gequält. Bei der nun vorgenommenen Untersuchung fand man am operirten Hüftgelenke zwei oder drei offene Stellen und einige Fistelgänge; die Theile waren geschwollen und sehr gereizt; das Bein hielt sich in halber Beugung und schien ziemlich verkürzt zu sein. Bei Sondirung durch die offenen Stellen kam man auf den entblössten und

rauhen Knochen, und es ergab sich, dass das obere Ende des Femur kariös war.

Am 3. März 1864 wurde zur Wiederholung der Operation geschritten. Als man den Schnitt durch die weichen Theile bis zum neuen oder falschen Gelenke machte, sah man sofort, dass der Rest des Trochanters in einer grossen Strecke seiner äusseren Fläche rauh und kariös war; ebenso wurde auch die Pfanne kariös befunden. Diese und das obere Ende des Femur waren durch ligamentöses Gewebe mit einander verbunden. Dieses Gewebe wurde durchschnitten und vom oberen Ende des Femur ein Stück von der Grösse eines Zolles abgesägt; die Pfanne wurde möglichst ausgeschabt. Die Schnittfläche des Femur zeigte sich nicht eigentlich krank, aber etwas erweicht. Der Grund der Pfanne erschien nach der Ausmeisselung gesund; nur an einer Stelle zeigte sie eine kleine tiefe Grube oder Loch, welches, wie es schien, den Grund theilweise durchbohrt hatte. Auch diese kleine Grube wurde so weit als möglich ausgekratzt. Nach vollbrachter Operation wurde keine Schiene angelegt, sondern ein Breiumschlag gemacht. Es folgte wenig oder gar keine Fieberreaktion; die Wunde heilte rasch bis zu einem gewissen Punkte.

Am 29. April sah man, wie die Hospitalnotiz ergibt, vier oder fünf kleine Geschwüre als Ueberrest der Wunde in der bläulichen Narbe und eine sparsame Eiterung. Seit einigen Tagen war der Knabe aufgestanden und konnte sein Bein ziemlich anstrengen, welches im Hüftgelenke eine gute Bewegung erlaubte. Eine weitere Heilung trat nicht ein; der Zustand blieb derselbe bis zum 6. Mai, an welchem Tage der Knabe auf's Land geschickt wurde. Als er im Anfange des Monates November sich wieder vorstellte, war er sehr gekräftigt und gut bei Fleisch, aber die Wunden waren noch offen. Es wurde beschlossen, noch etwas zu warten und dann, falls die Wunden noch nicht zugeheilt wären, unter der Wirkung des Chloroforms eine genaue Untersuchung vorzunehmen und das noch etwa krankhaft Befundene vom Knochen durch eine dritte Operation wegzunehmen.

Sechster Fall: Unglücklicher Verlauf; die Operation, die zuerst verweigert und dann zu spät gemacht wurde; rasche Zunahme der Krankheit; Tod durch Pyämie.

Alice W., $6^1/_2$ Jahr alt, aufgenommen am 10. Februar 1864 mit Vereiterung des rechten Hüftgelenkes. Sie war seit fünf Monaten vom Hospitale aus poliklinisch behandelt worden; das Bein war unbeweglich; eine Eitersenkung hatte sich gebildet und erstreckte sich bis zur Leiste und den oberen Theil des Oberschenkels; die Leistendrüsen waren angeschwollen. Gleich nach der Aufnahme wurden am oberen und inneren Theile des Oberschenkels Einstiche gemacht, um den Eiter zu entleeren, und dann unter der Wirkung des Chloroforms eine genaue Untersuchung vorgenommen. Bei der Bewegung des Femurkopfes gegen die Pfanne vernahm man ein deutliches Knirschen, und eine durch die Oeffnung an der inneren Seite des Oberschenkels eingeführte Sonde drang direkt in's Gelenk und ergab eine ausgedehnte Karies am oberen Ende des Femur. So weit man ermitteln konnte, erschien das Becken nicht krank; auch an den unteren Wirbeln war nichts Krankhaftes zu bemerken und dieser Verdacht, zu dem die Eitersenkungen Anlass gaben, also ungegründet. Die Kleine klagte viel über nächtliche Schmerzen, war aber sonst bei gutem Befinden. In Betracht der ausgedehnten Erkrankung des Gelenkes, welche in verhältnissmässig kurzer Zeit sich ausgebildet hatte und in Betracht der zunehmenden starken Eiterung hielt ich die Heilung durch die Anstrengung der Natur für kaum möglich und schlug deshalb die Operation vor. Die Eltern des Kindes aber verweigerten dieselbe. Eine Zeit lang blieb das Allgemeinbefinden des Kindes auch ganz gut und das Aufsetzen des Glüheisens nahe am Trochanter beseitigte den nächtlichen Schmerz; der Schlaf war ziemlich gut und die Eiterabsonderung nicht sehr reichlich. Bald aber wurde der Zustand schlechter; die Eiterabsonderung wurde reichlicher und der Appetit mangelhaft; Abmagerung trat ein, aber die Eltern willigten nicht eher in die Operation, als bis die Kleine so weit heruntergе-

kommen war, dass der Tod unvermeidlich erschien. Die Abmagerung hatte einen sehr hohen Grad erreicht und um das Gelenk herum hatten sich viele Fistelgänge gebildet. Husten war aber nicht vorhanden, und eine genaue Untersuchung der Brust ergab nichts Krankhaftes, nur am Gipfel der linken Lunge gab der Anschlag einen gedämpften Ton. Ich selbst versprach mir von der Operation nicht sehr viel, allein ich hielt es für nöthig, dieses letzte Rettungsmittel zu versuchen. Am 5. Mai wurde die Ausschneidung des Gelenkes vorgenommen; eine grosse Menge stinkenden Eiters wurde ausgelassen; der Gelenkkopf war in seiner Form sehr verändert, aber die Krankheit erstreckte sich am Femur nicht weit hinab. Die Durchsägung des Knochens durch die Basis des Trochanters zeigte eine vollkommen gesunde Schnittfläche. Dagegen war das Becken in grosser Strecke erkrankt und es war kaum möglich, bei dem schwächlichen Zustande des Kindes alles Krankhafte hier zu entfernen. Die Wegnahme eines kleinen Stückes von der Pfanne liess eine grosse Perforation im Grunde derselben gewahren; der horizontale Ast des Darmbeines war entblösst und aus dem Becken dicht an der unteren vorderen Spina trat viel Eiter aus. Die Wunde wurde nur leicht durch eine einfache Sutur geschlossen und keine Schiene angelegt. Es folgte geringe Reaktion, das Kind wurde immer schwächer, fing vom fünften Tage nach der Operation an zu husten, hatte Stiche in der Brust und starb am 12. Mai. Es hatten sich weder Frostschauer noch die anderen Symptome der Pyämie eingestellt.

Bei der Leichenuntersuchung fand sich ungemein grosse Abmagerung; das operirte Glied war $1^1/_2$ Zoll kürzer als das gesunde. Sekundäre Eiterablagerungen in beiden Lungen; die linke Pleura angefüllt mit einer grossen Menge trüben Serums und einer dicken Schicht etwas festsitzender Lymphe. In der rechten Pleura fand man nur einige weiche Adhäsionen über zwei Eiterablagerungen, die auf der Oberfläche der Lunge sich befanden. Die anderen Eingeweide waren ganz gesund und ohne alle Tuberkeln. Die Pfanne war in ihrem unteren Theile vollständig durchlöchert, so dass eine etwa guldengrosse, unregelmässige Oeffnung in das In-

nere des Beckens führte. In diesem fand sich bedeutende Eiteransammlung zwischen dem M. iliacus und dem Bauchfelle; diese Eiteransammlung stand mit der äusseren durch das Loch in der Pfanne in Verbindung. Unterhalb des Glutaeus medius sah man ebenfalls eine Eiteransammlung, welche mit der Operationswunde kommunizirte und hinten bis zu den Dornfortsätzen der Wirbel reichte. Das Darmbein war innen in einer grossen Strecke blossgelegt. Alle Venen rechts und links bis zur unteren Hohlvene waren stellenweise mit Eiterpfropfen angefüllt, von denen manche eine sehr feste Beschaffenheit hatten, aber noch nicht ganz fest sassen.

Siebenter Fall: Krankheit beschränkt auf den Femurknochen; Operation mit glücklichem Erfolge.

Dieser Fall zeigt ganz deutlich die Vortheile der Operation und ihre Nothwendigkeit unter gewissen Bedingungen. Marie H., $10^1/_2$ Jahr alt, hat angeblich seit Weihnachten 1863 Symptome von Hüftgelenkkrankheit gezeigt. Im November hat sie Scharlach gehabt. Bei ihrer Aufnahme war ihr Allgemeinbefinden ganz gut und sie klagte wenig über Schmerz. Aeusserlich am Oberschenkel, etwa 3 Zoll unter dem grossen Trochanter, fand sich eine Fistelöffnung, welche aufwärts bis zum Hüftgelenke führte, aber durch die Sonde keine entblösste oder rauhe Knochenstelle fühlen liess. Diese Oeffnung war einige Wochen vor Aufnahme der Kranken absichtlich gemacht worden, um Eiter auszulassen. Die Verdickung über dem erkrankten Knochen war sehr gross und das Glied in einer verschobenen Stellung. Die Spitze des Trochanters stand weit über der Linie, welche vom oberen vorderen Dorn des Darmbeines bis zur Tuberosität des Sitzbeines geht. Bei der Drehung des Beines konnte man deutlich ein knirschendes Geräusch vernehmen. Ueber dem Poupart'schen Bande fühlte man eine deutliche Verdickung, aber tiefer in der Darmbeingrube keine Schwellung. Am 2. Juni machte ich die Operation und entfernte das obere Ende des Femur. Der Hals des Knochens hatte sich durch Ulceration bereits vom Kopfe desselben getrennt und zwar war diese Trennung etwa $^1/_2$ Zoll oberhalb der Wurzel des grossen

Trochanters geschehen. Eine Portion des Femurhalses lag lose in der Höhlung des Gelenkes und die Epiphyse des Kopfes war von dem Schafte gerade in der Ansatzlinie getrennt und lag losgelöst und nekrotisch in der Pfanne. Ich durchschnitt den Knochen durch den oberen Theil des grossen Trochanters, wo derselbe ganz gesund erschien, und entfernte dann alle losen Knochenstücke. Beim Zusammenstellen dieser drei Portionen des Knochens kam Kopf und Hals des Femur in einer etwas durch Ulzeration veränderten Form vor Augen. Die Oberfläche der Pfanne war überall von weicher Textur bedeckt. Sehr wenig Eiter fand sich um die kranken Theile.

Auf die Operation folgte etwas Fieber, welches jedoch beim Eintritte einer kräftigen Eiterung nachliess und womit auch die Schwellung um den oberen Theil des Gelenkes nach und nach verschwand. Das Glied wurde zwischen zwei Sandsäcken gelagert und wenige Tage nach der Operation wurde ein Zweipfundgewicht mittelst einer Binde an den Fuss gehängt. Die Verkürzung des Beines betrug zu dieser Zeit 2 Zoll. Das Allgemeinbefinden der kleinen Kranken besserte sich schnell. Etwa 6 Wochen nach der Operation war die Wunde bis auf eine kleine Oeffnung zugeheilt und das Kind konnte das Bett verlassen, um sich auf einen Lagersessel zu begeben. Gegen Ende Juli war die Wunde noch immer an einer kleinen Stelle offen, aber die Kleine konnte mit Hülfe von Krücken schon stehen. Der Oberschenkel war beweglich und ohne Schmerz. Das behufs der Streckung an den Fuss angehängte Gewicht war während der Genesung von 2 auf 4 Pfund verstärkt worden und die Verkürzung des operirten Beines gegen das andere betrug zuletzt nur noch $^1/_8$ Zoll.

Der Erfolg ist allerdings jetzt noch nicht ganz sicher, aber doch mit grösster Wahrscheinlichkeit als gelungen zu erachten, und was auch noch kommen möge, so ist jedenfalls das Kind als gerettet zu betrachten, da wohl kein anderes Mittel als die Operation den weiteren Fortschritt der Knochenkrankheit aufgehalten hätte. Die nekrosirten Portionen des Knochens würden, obwohl sie sequestrirt waren, nicht von selbst ausgestossen sein, da hierzu keineswegs die Oeff-

nungen nach aussen hin weit genug waren und es erst einer gewaltigen und erschöpfenden Eiterung der Weichtheile bedurft hätte. Die Gelenkkapsel selbst hatte nur eine unbedeutende Oeffnung an einer nicht günstigen Stelle, aus der der Eiter aussickerte, und es war klar, dass die losen Knochenstücke als fremde Körper wirkten und jedenfalls entfernt werden mussten. Mit dieser Operation durfte man aber nicht zu lange warten, weil später die Umstände für sie viel ungünstiger gewesen wären*).

In diesem sehr interessanten Falle gibt es einige Umstände, die besonders in Betracht zu kommen verdienen. Zuvörderst ist das Vorkommen einer Krankheit mit allen den gewöhnlichen Charakteren eines skrophulösen Hüftgelenkleidens bemerkenswerth, wo dennoch die Affektion nicht an der Gelenkfläche begann, sondern an der Verbindungslinie zwischen der Epiphyse und dem Schafte des Femur. Darin liegt offenbar eine sehr günstige Bedingung für die Ausschneidung des oberen Gelenkendes; da aber solcher Vorgang nicht leicht vor der Operation diagnostizirt werden kann, so würden wir auch dadurch nicht allein zu derselben bestimmt werden können. Im Kniegelenke würde eine solche Trennung der Epiphyse weit leichter erkannt werden können, aber dann eine Kontraindikation gegen die Ausschneidung bilden. Bei Knochen, die im Wachsthum begriffen sind und wo doch das Wachsthum in dem Epiphysialknorpel besonders vor sich geht, ist die Entfernung desselben ein Punkt von ernster Bedeutung, welcher an den Kniegelenkenden ganz besonders in Betracht kommt. In unserem Falle begann, wie ich glaube, die Krankheit am Halse dicht an der Epiphysiallinie, aber nicht in dieser selbst, und die Trennung der Epiphyse vom Schafte war nur die Folge davon und der Kopf des Femur starb ab in Folge des Mangels an Ernährung.

---

*) In einer späteren Notiz wird bemerkt, dass die Kleine vollkommen geheilt sich wieder vorstellte, dass das operirte Bein ziemlich beweglich im Hüftgelenke und brauchbar, obwohl einen Zoll kürzer als das andere, war, und dass sie sich eben an einen Stiefel mit hohem Absatze zu gewöhnen hatte.

Ein anderer Punkt, den dieser Fall darbietet, ist die Schwierigkeit, sich über die Dislokation des Femurkopfes auszusprechen, wenn man diesen, oder das, was von ihm übrig ist, nicht deutlich fühlen kann. Die Untersuchung ergab eine gewisse Fülle des Hüftgelenkes und man konnte nicht genau unterscheiden, wo der Femurkopf sich befand; erst bei der Operation erwies sich, dass derselbe als ein todtes Knochenstück in der Pfanne sass und der Grund fortwährender Reizung war. Es geht daraus also hervor, dass man die Dislokation des Femurkopfes bei Hüftgelenkkrankheit keinesweges als einen bestimmten Anhalt für oder gegen die Vollführung der Operation annehmen darf.

Endlich ist noch in diesem Falle der mögliche Irrthum zu erwähnen, welcher aus dem bei der Bewegung im kranken Hüftgelenke wahrgenommenen Krepitus entspringen kann. Wird ein solches Geräusch gehört, so folgert man gewöhnlich, dass der rauh gewordene Femurkopf gegen die rauh gewordene Pfanne oder Beckenfläche sich reibe und dass also Krankheit der letzteren vorhanden sei. In unserem Falle war das Geräusch ganz deutlich hörbar und so ausgedehnt, dass ich in der Deutung desselben zweifelhaft war; eine Dislokation des Femurkopfes war, wie bereits erwähnt, nicht erkennbar und wegen der kurzen Dauer der Krankheit konnte ich nicht für wahrscheinlich halten, dass der Femurkopf schon bedeutend zerstört sei und gegen die rauhe Pfanne sich reibe oder dass auf der äusseren Fläche des Darmbeines sich eine kranke Knochenstelle gebildet habe. Es ergab sich dann auch später, dass das Reibungsgeräusch aus dem Kontakte der losen Knochenstücke mit der entblössten Oberfläche des Femurknochens hervorgegangen war.

Achter Fall: Operation bei ausgedehnter Erkrankung der Pfanne.

James T., 10 Jahre alt, aufgenommen am 23. Mai 1864. Seit einem Jahre litt er an Symptomen von Hüftgelenkkrankheit und war seit 3 Monaten im Georgs-Hospitale in Behandlung gewesen, wo man ihm eine Lederschiene angelegt hatte. Darauf wurde er etwas besser, aber dann verschlechterte sich

der Zustand wieder. Der Knabe klagte nun über heftige nächtliche Schmerzen, aber er sah sonst gut aus, hatte kein Symptom von Schwindsucht und auch in seiner Familie war diese nicht herrschend. Das Becken stand etwas schief, aber der Oberschenkel war nicht aus der Pfanne gewichen und das Glied nicht verkürzt. Allein es fand sich ein Eitergang, der vom Trochanter ausging und sich weit hin erstreckte und ausserdem hörte man deutliches Knirschen bei der Bewegung des Gliedes.

Am 16. Juni wurde das Gelenk operirt. Nachdem der Kopf des Femur aus der Wunde hinausgehoben worden, wurde er durch den grossen Trochanter hindurch abgesägt. Man fand ihn vom Knorpel entblösst und in bedeutendem Grade ulzerirt. Auch die Pfanne war sehr bedeutend erkrankt. Eine kariöse Stelle am unteren Theile wurde abgemeisselt und es fand sich nun ein kleiner Sequester, dessen Entfernung ein kleines Loch in der Pfanne hinterliess; die Knochensubstanz rund umher war sehr erweicht. Alles dieses wurde abgeschabt und abgemeisselt, bis man glaubte, auf gesunde Knochensubstanz gekommen zu sein; es blieb nun in der Pfanne ein Loch, gross genug, um zwei Finger durchzulassen; im Grunde des Loches fühlte man eine feste widerstrebende Membran. Neben diesem fand sich noch ein kleineres Loch, aber die Knochenbrücke zwischen den beiden Löchern war so fest, dass man sie sitzen liess. Viel Eiter, der in dem Becken verhalten gewesen zu sein schien, trat aus. Die Operation dauerte etwas lange und griff den Knaben an. Er wurde in's Bett gelegt und das Bein durch Sandsäcke unterstützt. Einige Tage nach der Operation wurde ein Dreipfundgewicht an den Fuss gehängt; ein anderer Apparat wurde nicht benutzt. Der Verlauf war sehr günstig; der Knabe klagte über nichts, hatte stets guten Schlaf und gar kein Symptom eines inneren Leidens. Die Eiterung war Anfangs sehr reichlich, minderte sich dann aber und schon am 26. Juli waren die Operationswunde sowohl als alle tief unten zum Auslassen des Eiters angelegte Oeffnungen geheilt. Die Streckung des Gliedes mittelst des Gewichtes wurde fortgesetzt und die Verkürzung betrug nur $^1/_2$ Zoll. Bis jetzt jedoch (No-

vember) ist der Knabe im Gebrauche des Gliedes nicht viel weiter gekommen, aber es ist die Aussicht auf vollkommen guten Erfolg vorhanden.

Ueber Strypsjuka oder Krup, nach den Vorlesungen (während des Herbsttermines 1863) von H. A. Abelin, Professor der Pädiatrik am Karolinischen Institute zu Stockholm *).

Die unter dem Namen Strypsjuka bekannte Krankheit, welche bei uns auch gewöhnlich Krup genannt wird, ist an und für sich eine der wichtigeren Kinderkrankheiten, von welcher man annehmen kann, dass sie ein besonders grosses Interesse für die schwedischen Aerzte haben wird, theils, weil sie in Schweden nicht selten mit grosser Intensität und scharf bestimmten Symptomen vorkommt, theils auch deshalb, weil sie hier so früh gekannt und beschrieben wurde, dass spätere Schriftsteller allgemein dafür halten, die ersten ganz zuverlässlichen Angaben über das Wesen des Krups und seine Natur schrieben aus Schweden und etwas später aus Schottland sich her. „Dieses ist nicht zu verwundern", sagt Michaelis, „da die Krankheit in diesen nördlichen, kalten, in klimatischer Hinsicht verwahrlosten Ländern weit öfter vorkommt, als in anderen." Ob solches inzwischen wirklich der Fall gewesen, lassen wir vorläufig dahingestellt sein.

Wir haben allen Grund anzunehmen, dass die Krankheit in den ältesten Zeiten vorgekommen ist, denn schon bei Hippokrates, Galen, Aretaeus, Aëtius und Anderen finden wir Beschreibungen von einem schweren, durch Erstickung schnell tödtenden Hals- oder Kehlleiden, Cynanche,

---

*) Aus dem „*Medicinskt Archiv utgivet af Lörare vid Carolinska institutet i Stockholm, Bd. 2. H. 1, p. 1*", mitgetheilt von Dr. von dem Busch in Bremen.

welches wohl nicht etwas Anderes als Krup oder möglicherweise auch Diphtheritis gewesen sein kann, von welcher letzteren Krankheit wir bei Aretaeus eine ziemlich getreue Schilderung finden. Hippokrates redet von einer „Angina gravissima", welche sehr rasch, innerhalb 2, 3 bis 4 Tagen tödtet, aber nicht im Rachen und Halse sichtbar ist. Respirationsbeschwerden und Schmerz werden als hervorstechende Symptome angegeben: „*Anginae gravissimae quidem sunt et celeriter interimunt, quae neque in faucibus, neque in cervice quicquam conspicuum faciunt, plurimum vero dolorem exhibent et orthopnoeam. Hae nempe et eodem die, et secundo, et tertio, et quarto strangulant.*"

Obgleich die Meisten dieses von Hippokrates beschriebene Uebel für den Krup halten, so meint doch Jurine, dass, wenn dieses der Fall gewesen wäre, ein so genauer Beobachter, wie Hippokrates, es nicht unterlassen haben würde, auf zwei so wichtige Momente, wie das Alter, in welchem die Krankheit vorkommt, und das Aushusten von Pseudomembranen aufmerksam zu machen.

Nachdem Galen (in „*Lib. I de Locis affectis*") bemerkt hat, dass man aus der Beschaffenheit einer ausgeleerten oder abgestossenen Substanz auf die anatomischen Veränderungen in dem leidenden Organe schliessen könne, fährt er folgendermassen fort: „*ita cum adolescentulum tussiendo tunicam viscosam crassamque rejicere viderimus, conjecimus eam internam esse gutturis partem, quae ligulam constituit, ac sanatus est adolescentulus, quamvis id non admodum speraremus, mansit tamen vox vitiata.*" Es mag allerdings bemerkt werden können, dass sich die Symptome hier nicht beschrieben finden, allein das Factum, welches erwähnt wird, nämlich das Aushusten von einer Pseudomembran bei einem tödtlich kranken Kinde und darauf erfolgende Genesung mit bleibender Veränderung der Stimme darf uns berechtigen, den beobachteten Fall für einen Fall von Krup zu halten.

Aretaeus äussert sich bei der Beschreibung einer gangränösen und ulzerösen Angina tonsillaris, welche er „Ulcera aegyptiaca oder syriaca" nennt, folgendermassen: „*at si in pectus per asperam arteriam id malum invadat, in eodem die*

strangulat. Pueri usque ad pubertatem maxime hoc morbo tentantur." Unter den Symptomen werden erwähnt: „*Tussis sperandique difficultas, pallida seu livida facies, Inspiratio magna est, exspiratio vero parva, raucitas adest vocisque defectio.*" Die Angst und Unruhe, woran die Kranken leiden, beschreibt er folgendermassen: „*eamque decumbant, surgunt ut sedeant, decubitum non ferentes; quod si sedent, quiete carentes, iterum decumbere coguntur; plerumque recti stantes obambulant, nam quiescere nequeunt.*"

Wir sehen, dass Aretaeus allerdings manche von den Symptomen des Krups (Strypsjuka) angegeben hat, weshalb man auch annahm, dass es diese Krankheit sei, welche hier beschrieben wurde. Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass eine gangränöse und ulzeröse Angina tonsillaris immer den vom Larynx ausgehenden Symptomen voranging, welche erst hinzukamen, wenn sich die Krankheit „*per asperam arteriam ad pectus*" ausbreitete, weshalb es denn wohl fraglich ist, ob hier ein wirklicher Krup und nicht vielmehr eine Diphtheritis vorhanden gewesen ist. Aus Gründen, welche weiter unten näher angeführt werden sollen, bin ich geneigt, das Letztere anzunehmen.

Einige andere ältere Schriftsteller haben ebenfalls, obgleich sehr unvollständig, ein schweres Halsübel beschrieben, welches vielleicht der Krup gewesen sein kann.

Der Franzose Baillou beobachtete im Jahre 1576 einen Fall von Krup, und obschon seine Beschreibung selbst höchst unvollständig und unrichtig ist (er erwähnt Dyspnoe, von der er aber als Ursache weder einen „*Catarrhum suffocantem nec vitium pulmonum*" annimmt, sondern die Ursache davon „*in regione hepatis et lienis*" sucht, so wird er doch als der Erste betrachtet, der bei einem Gestorbenen eine Pseudomembran gefunden und mit Gewissheit beschrieben hat. Von der Leichenöffnung eines an dieser ihm unbekannten Krankheit gestorbenen Kindes sagt er: „*inventa est pituita lenta, contumax, quae instar membranae quaedam aspera arteria erat obtenta, ut non esset liber exitus et introitus spiritui externo; sic suffocatio repentina.*" Wenn Fleisch angibt, dass Bennet der Erste gewesen sei, welcher die Membran gefunden hat, so ist

er im Irrthum. Bennet führt nämlich erst 1656 im *Theatrum tabidum Londinense* an, dass er bei einem heftigen Hustenanfalle eine ausgehustete Haut gefunden habe. Er hielt dieselbe für die eigene innere Haut der Luftröhre, welche, wie er annahm, regenerirt werden könne.

Am Schlusse des 16. und im Anfange des 17. Jahrhunderts wurden in Spanien Epidemieen vom Krup oder Diphtheritis oder vielleicht von beiden Krankheiten beobachtet. Villareal, welcher 1611 eine Abhandlung über die in Spanien herrschende Krankheit herausgab, beschreibt die Pseudomembran so: *„Cingentem fauces, guttur et gulam, non perfecte album, sed declinantem ad lividam."* Herrera hat 1613 in Madrid durch Leichenöffnungen die Gegenwart der Pseudomembran bestätigt; kurz nachher lieferten Mercado und Heredia fernere Beiträge zur Kenntniss derselben Krankheit. Der Erste beweist die Kontagiosität derselben durch Anführung des Factums, dass ein Vater, welcher mit seinem Finger den Schleim aus dem Halse seines an Krup (Strypsjuka) leidenden Sohnes ziehen wollte und dabei von demselben in den Finger gebissen worden, selbst von derselben Krankheit ergriffen wurde. Barea's im Jahre 1655 herausgegebene Arbeit ist deshalb merkwürdig, weil er darin die Paralyse nicht bloss des Rachens, sondern auch der Extremitäten als eine nicht ungewöhnliche Folgekrankheit nach der schweren Angina, welche er beobachtete, erwähnt hat. In Uebereinstimmung mit Herrera hält er Blutausleerungen für nachtheilig und brächten dieselben mehr Schaden als Nutzen. —

Das epidemische Auftreten der Krankheit, die Ausbreitung der Pseudomembran (s. Villareal), die Kontagiosität (s. Mercado), die sekundäre Paralyse (s. Barea) und die nachtheiligen Wirkungen der Blutausleerungen scheinen zu der Annahme zu berechtigen, dass die hier in Rede stehende Krankheit nicht, wie bisher allgemein angenommen worden ist, der wirkliche Krup, sondern wohl eher Diphtheritis gewesen sei.

Nach dieser Zeit scheint der Krup nicht eher wieder beobachtet zu sein oder wenigstens keine sonderliche Aufmerksamkeit auf sich gezogen zu haben, als im Jahre 1747,

in welchem er in Cremona epidemisch auftrat. Ghisi hat zwei Jahre später in seinen „*Lettere mediche*“ diese Epidemie auf eine wenig befriedigende Weise und ohne Kenntniss der Natur der Krankheit beschrieben. — Von Bergen, welcher im Jahre 1758 eine Krupepidemie in Frankfurt am Main beobachtete, hat in „*Nova Acta naturae curiosorum*“ die am meisten hervorstechenden Symptome in dieser Epidemie folgendermassen geschildert: „*Clangor sub inspirationis momento, sonus peregrinus sub exspiratione, febris continua, respirandi difficultas, tandem asthma suffocativum.*“ Indem von Bergen über seine eigene 7 Jahre alte Tochter, welche an dieser Krankheit starb, spricht, fügt er hinzu: „*hoc singulare simul se obtulit phenomenon, quod duodecim circiter horis ante mortem tussi et screatu rejecerit tubulum membranaceum. Hunc tubum judico esse portionem membranae tubulosae per ramos bronchiorum durante morbo generatae, quod figura conica ejus et ipsi inhaerentia vascula sanguinea declarare videntur.*“ Von Bergen hielt sonach die Pseudomembran für ein während des Verlaufes der Krankheit entstandenes und durch sie gebildetes Produkt.

Schon vor dieser Zeit hatte man in Schweden eine schwere Halskrankheit bei Kindern beobachtet, welche in den meisten Fällen schnell tödtlich wurde. In einer im Jahre 1764 von Dr. Wilcke unter dem Präsidium von Aurivilli herausgegebenen Dissertation „*De Angina infantum in patria recentioribus annis observata*“ theilt deren Verfasser die bis dahin bekannten Fälle dieser Krankheit mit, hat aber unter der obigen Benennung wahrscheinlich nicht den wirklichen Krup (Strypsjuka), sondern eine gangränöse Angina tonsillaris oder vielmehr eine Diphtheritis begriffen. Diese Abhandlung von Wilcke wird von den meisten späteren Schriftstellern als die erste vollständigere Arbeit über den Krup angeführt, ohne dass man die mitgetheilten Fälle einer genaueren Kritik unterworfen hat. Gleichzeitig mit Wilcke warnte der ausgezeichnete und scharfsinnige Rosen von Rosenstein in seiner Schrift über Kinderkrankheiten davor, dass man nicht den Krup (Strypsjuka) mit einer anderen ebenfalls in Schweden epidemisch herrschenden Halskrankheit, mit

der Cynanche pharyngea epidemica, verwechseln möge; er theilt als Beispiele des Ersteren zwei Fälle aus der oben genannten Dissertation mit, welche wohl eher zu der Letzteren gebracht oder für Diphtheritis gehalten werden sollten, selbst wenn auch das Exsudat sich in dem einen Falle bis in die Luftröhre hinein erstreckte. Diese beiden von Halenius im Rasbo-Kirchspiele beobachteten und von Rosen und Wilcke mitgetheilten Fälle lauten wortgetreu folgendermassen:

1) Ein Junge von 5 Jahren, der gesund gewesen war, wurde am Nachmittage des 19. Jan. 1762 unvermuthet schläfrig und heiss und bekam den Schnupfen, hustete aber nicht. In den folgenden beiden Tagen stand er bisweilen auf, und lag bisweilen im Bette, war aber immer heiss, wurde schläfriger, erbrach sich, hatte Schnupfen, niesete und dabei thränten seine Augen etwas. Am 4. Tage blieb sich Alles gleich, aber gegen Abend bekam er Schmerzen beim Schlucken und deutliches Fieber, schlief auch erst gegen Morgen ruhig ein. Am 5. Tage war das Fieber nicht so stark, die Beschwerde beim Schlucken aber grösser. An der Zunge zeigte sich nun eine weisse, dicke, aber weiche Haut, so wie eine reichliche Menge Schleim, welcher theils ausgeworfen wurde, theils aber ausfloss, so dass vor Mitternacht kein Schlaf kam. Am 6. Tage konnte der Kranke besser schlucken, aber der reichliche Schleim machte, dass beim Athemholen, welches nun leichter war, ein beständiges Ziechen oder Rauschen gehört wurde; das Fieber war kaum zu bemerken. Gegen Abend bekam er einen guten Schlaf, schlief aber während der Nacht nicht, weil Husten und Schleim dieses verhinderten. Am 7. Tage wurde er gegen Mittag heiser und wurde der Husten trocken und dumpf. Gegen Abend wurde er noch trockener, und musste der Kranke sich sehr quälen, um etwas zähen Schleim herauszubringen. Am 8. Tage wurde das Athemholen noch beschwerlicher und schneller und starb der Junge, der ein Liebling seiner Eltern war. Diese Krankengeschichte ist sehr kurz und unvollständig, aber im Zusammenhange mit dem folgenden Falle dürfte dieselbe sich leichter beurtheilen lassen.

2) Eine 7 Jahre alte Schwester des eben erwähnten Knaben erkrankte einige Tage nach dem Tode desselben, am 4. Januar, und klagte am Morgen dieses Tages über starken Kopfschmerz, war schläfrig, roth im Gesichte, hatte deutliches Fieber und musste im Bette verbleiben. Sie erbrach sich ein Mal, verfiel in der folgenden Nacht in einen gelinden Schweiss und schlief gut. Am anderen Tage war sie bis zur Mittagszeit besser, fing dann aber und besonders gegen Abend an, über Kopf- und Zahnschmerz zu klagen und war sehr heiss. Die Zunge wurde nun weiss, die Kranke blutete bisweilen aus der Nase, jedoch nur ganz wenig. Das Athemholen was bereits zischend; es konnte weder Luft durch die Nase noch den Mund geschöpft werden; die Nacht verlief unruhig. Am dritten Tage war sie am Morgen etwas übel; die Zunge war weisser; in der Nase und an deren unterem Ende war ein kleiner Ausschlag der an der Spitze weiss, aber an der Haut roth war. Zwei eben solche Punkte zeigten sich auch an der Oberlippe. Am Tage war das Fieber kaum zu bemerken wurde aber gegen Abend eben so stark wie früher; je länger es gegen die Nacht hin fortdauerte, um so schwerer wurde es der Kranken, zu schlucken. Am 4. Tage war das Fieber wieder geringer, die Kranke klagte weder über Kopfschmerz noch über sonderliche Beschwerde beim Schlucken, jedoch war es ihr beschwerlich, den Schleim herauf zu bringen und zeigte sich im Munde so wie am Zäpfchen und am Gaumensegel ein dunkler Schorf. Die Zunge war weisser; gegen Abend nahm das Fieber wieder zu. Durch Ausspritzen des Halses wurde etwas Schleim fortgeschafft, der Schlaf aber, durch den sie sonst erquickt ward, wurde dadurch verhindert, dass der Schleim sehr zähe war und reichlich ausfloss. Ausserdem sickerte eine Menge aus der Nase, welche machte, dass sie oft niesen musste, was ihr sehr beschwerlich wurde. Am 5. Tage war der Zustand derselbe. Der Schorf im Munde war etwas dicker und zog sich nach den Seiten hin. Gegen Abend niesete sie häufiger und blieb deshalb meistentheils schlaflos; der Husten war gelinder.

Der Schleim war lockerer, kam aber nicht herauf. Am 6. Tage schien die Kranke etwas besser zu sein und wurde durch Ausspritzen des Halses viel Schleim herausgebracht. Gegen Abend war sie schwach und schläfrig, konnte aber wegen des Schleimes nicht schlafen. Durch den Husten löste sich ein Theil des Schorfes vom Gaumensegel ab, jedoch konnte die Kranke denselben nicht fortschaffen, weil noch ein Theil davon festsass. Am 7. Tage schien sie um 10 Uhr etwas munterer, hustete und niesete aber und hatte einen dünnen Ausfluss aus der Nase. Vor Mitternacht bekam sie keinen Schlaf, denn theils war das Athemholen schwer und zischend, theils war der Schleim in solcher Menge vorhanden und so zähe, dass man befürchtete, sie würde ersticken, und dieses um so mehr, weil sie nun so unruhig und schwach war, dass sie denselben nicht ausspuckte. Am 8. Tage war sie wieder munterer, sie bekam den Schleim bisweilen leicht herauf und endlich wurden nach kräftigen Ausspritzungen verschiedene Schorfe von der Grösse eines Stübers herausgebracht, welche zähe und dick, auf der einen Seite weissgrau und blutig auf der anderen waren. Am Nachmittage war der Puls schnell und schwach, die Kräfte nahmen ab; der Husten kam aus der Tiefe heraus und klang etwas heiser, die Stimme veränderte sich, der Schleim war dicker, das Athemholen hastiger und keuchend; zwischendurch mit einem Gefühle von Angst und grosser Unruhe fiel sie in einen tiefen Schlaf. Die Schwäche nahm zu, der Husten minderte sich und blieb nach Mitternacht ganz aus. Das, was sie trank, verursachte Erbrechen und kam aus der Nase wieder hervor; das Schlingen war aber dennoch leichter geworden. Früh am Morgen des 9. Tages brachte sie wiederum etwas von dem genannten Schorfe herauf. Die Unruhe, Schwäche, der schnelle Puls und das hastige Athemholen nahmen allmählig zu. In weiter Entfernung von der Kranken verspürte man, dass sie einen üblen Geruch aus dem Munde verbreitete. Um 3 Uhr Nachmittags starb sie. —

In dem ersten dieser Fälle fand sich nach dem Tode

eine Haut in der Luftröhre, übriges sind weder in diesem noch im letzten Falle irdend welche anatomisch-pathologische Veränderungen erwähnt worden.

Wenn wir nun diese Krankheitsgeschichten, welche hauptsächlich der Dissertation von Wilcke zum Grunde gelegt sind, näher prüfen, so können wir schwerlich zugeben, dass sie das Bild eines wirklichen Krups darstellen, sondern finden wir besonders in dem letzten vollständiger beschriebenen Falle eine ganz treue Schilderung einer Diphtheritis, welche gegen Ende der Krankheit am 8. und 9. Tage sich vielleicht bis in die Luftröhre hinab erstreckte.

Die in Wilcke's Schrift vorkommende von Bergius mitgetheilte Beschreibung der schweren Halskrankheit, die 1757 und 1758 in Stockholm herrschte, liefert eine fernere Stütze für die Vermuthung, dass Wilcke mit seiner Angina infantum die Diphtheritis und nicht den Krup verstanden habe. Diese Beschreibung lautet folgendermassen: „*Per totum autumnum anni 1757 Stockholmiae angina species insueta sporadica grassabatur, sed frequens maxime mense Decembri. Primum horrores sentiebat aegrotus vehementiores, quos intensus calor post meridiem sequebatur. Dein quotidie ante meridiem aestus recurrebant, sed ita tamen, ut mitior in dies observantur aestus. Interea cervix, vel alterutrum colli latus, obrigescere coepit, accedente plerumque tussi, post etiam raucedine. Simul ulceratio quaedam apparere incipiebat, vel uvulae, vel tonsillarum, cujus prima mox indicia albus color ostendebat, et cujus celere adeo erat incrementum, ut intra aliquot modo dies albesceret uvula tota**). *Insequente autem Januario angina haec frequentissima plures ita corripiebat, ut novem simul in eadem domo illa vexatos in suburbio australi, viderim. Variare quoque pristinam faciem jam videbatur, quum sine horroribus manifestis inciperet, tumentibus statim tonsillis uvula, ceteris.*

---

*) Die gesperrten Stellen sind in diesen Berichten von mir hervorgehoben, um auf die am meisten hervorstechenden Symptome der Diphtheritis aufmerksam zu machen.

Der Verfasser.

Dein febris accedebat, per totum nychthemeron constans, valida, cum pulsu duro et celeri, nec non debilitate et cephalalgia. In singulas fere horas tumor crescebat, et primo nychthemero nondum finito, in partibus tumidis exulceratio aderat albida, quae celerrime ita serpebat, ut paucos intra dies, partes omnes, quas tumor occupaverat, albentes invenirentur et mereida appareret uvula.“ „Exasperatis sensim symptomatibus adjungebat se raucedo, in spiritu strepitus, et e naribus aeri imperviis destillatio tenui humoris, qui labia rodebat. Denique faucibus et gutture tumore fere occlusis, quarto, sexto aut sequentibus diebus, cum multo stertore et orthopnoea, aegroti moriebantur. Letali morbo ultimum diarrhoea semper superveniebat. In nonnullis collum intumescebat et ulceribus serum stillantibus foedabatur.“

In diesen Beschreibungen vermissen wir überall die wichtigsten und am meisten hervorstechenden Symptome des wirklichen Krups, nämlich den eigenthümlichen Husten, die schon im Anfange des Krups vorkommenden höchst qualvollen Erstickungsanfälle, die heftige anhaltende Dyspnoe, die schreckliche Angst und Erstickungsnoth u. s. w., welche Symptome wohl nicht gut übersehen oder mit Stillschweigen übergangen sein konnten, wenn sie sich wirklich vorgefunden hätten.

Die Epidemie, welche von Halenius in den Kirchspielen Rasbo und Fundbo in Upsala-Läne beobachtet wurde, in welcher auch die oben erwähnten Fälle vorkamen, wird von Halenius folgendermassen beschrieben: „Angina infantum, welche 1761 so stark, besonders im Kirchspiele Rasbo herrschte und viele Kinder hinraffte:“ Diese Krankheit fing schon im Frühjahre des genannten Jahres an sich zu zeigen; vor dem Monate Juni wurde aber nichts darüber berichtet, worauf ich gleich auf Ansuchen des Landeshauptmannes nach dem Kirchspiele reiste. Nach den eingezogenen Berichten waren die Kinder zuvor 2 bis 3 Tage etwas kränklich und klagten dann über Schlingbeschwerde und waren etwas heiser. Einige waren auch sofort aussen am Halse etwas geschwollen oder auch wohl hinter und unter den Ohren und diese kamen meistentheils durch die

Krankheit hindurch; aber wenn diejenigen, welche nachher erkrankten, ernstlich ergriffen wurden, sagten sie, es sei ihnen in der Brust so schwer, als wenn sie ersticken wollten. Die Meisten sollen jedoch geschluckt haben können, und scheint es, als ob diese Krankheit ansteckend gewesen, indem sie alle Kinder, die in dem Hause waren, in welchem sie sich zeigte, zu ergreifen pflegte, so wie Kinder in anderen Häusern befiel, die in dem Hause, in welchem die Krankheit gewesen war, verkehrt hatten. In demselben Jahre fing auch die Krankheit an, sich im September im Fundbo-Kirchspiele in den Dörfern zu zeigen, welche zunächst an das Rasbo-Kirchspiel grenzten.

Im Jahre 1761 herrschte die Krankheit auch im Calmar-Läne und hat der Provinzialarzt Assessor Wahlbom darüber folgende Beschreibung geliefert:

„Halskrankheit, *Cynanche aphthosa imarum faucium, imprimis laryngis, asperae arteriae et glandularum bronchialium.*"

„Im ersten Stadium waren die Kinder einige Tage lang etwas kränklich, bekamen Brustschmerzen, welche jedoch nicht heftig und bedeutend zu sein schienen. Dann wurden sie bei Nacht heiss, fieberten etwas und bekamen dann immer einen geringen Durchfall und Steifigkeit im Halse, standen jedoch auf und hatten bis zum zweiten Stadium, in welchem die Mandeln schnell anschwollen und wund wurden, ziemlich guten Appetit. Schwierigkeit beim Schlucken war nicht vorhanden, jedoch wurde über etwas Schmerz im Halse, der etwas roth erschien, geklagt. Das Kranksein war doch nicht bedeutend, wiewohl die Kranken paroxysmenweise, besonders am Abende von Angst und grosser Mattigkeit befallen wurden; ebenso war auch das Fieber nicht stark, allein das Athemholen wurde etwas schwerer mit heiserem Husten, und alles dieses stellte sich im Anfange nur dann und wann, meistentheils wieder am Abende, ein. Im dritten Stadium mussten die Kranken mit einem pfeifenden Geräusche und mit Anstrengung Athem holen, welches bei Einigen einen ganzen, bei Anderen einen halben Tag fortdauerte, bevor sie erstickten. Der Hals schien dann nicht sonderlich entzündet zu sein, allein unrein von Schleim und gleichwie

die Mandeln wund. Ein scharfer Speichel floss aus dem Munde. Bei anderen aber, die nicht schnell erstickten, ging die Krankheit im dritten Stadium in Suppuration mit einem starken Ausflusse einer blutigen Flüssigkeit aus Mund und Nase über, die einen starken Gestank verbreitete und 5 bis 8 Tage dauern konnte, um welche Zeit das Kind starb. Einige von diesen Unglücklichen bekamen, bevor sie starben, schwarze Flecke, wie Sugillationen, von der Grösse von Erbsen, hin und wieder am Körper. — Wahlbom führt weiter an, dass die Krankheit während des Herbstes sich mehr ausbreitete, dass auch ältere Personen davon ergriffen und oft mehrere Glieder einer und derselben Familie davon befallen wurden.

Gleichzeitig ist eine ähnliche Krankheit unter dem Namen Cynanche pharyngea epidemica von Rudberg in Nerike, von Hast, welcher dieselbe Angina gangraenosa infandum nannte, in Osterbotten, von Blohm, der sie Angina strangulatoria infantum nannte, in Dalarue beobachtet worden, und wird auch erwähnt, dass in den Jahren 1755 und 1756 in Finnland eine Epidemie unter dem Namen Kinderkrankheit und Kinderfluss geherrcht habe, die wahrscheinlich auch Fälle von der oben beschriebenen Art enthalten hat.

Es scheint sonach, dass am Ende von 1750 und im Anfange von 1760 eine ziemlich weit verbreitete Epidemie einer schweren Halskrankheit geherrscht hat, allein so weit sich aus den mitgetheilten Krankheitsgeschichten schliessen lässt, muss dieselbe für Diphtheritis, nicht aber für den wirklichen Krup gehalten werden. Das epidemische Auftreten der Krankheit, ihre wahrscheinliche Kontagiosität, ihr langsamer Verlauf, ihre am meisten hervorstechenden Symptome, wie Geschwüre und Exsudat an den Tonsillen und an der Uvula, der heftige Gestank, der Ausfluss aus Mund und Nase, das Fehlen des eigenthümlichen Hustens, welcher, wenn er sich vorfand, erst gegen das Ende der Krankheit, am 7. oder 8. Tage, sich einstellte u. s. w., so wie auch die der Krankheit gegebenen Benennungen „Cynancha pharyngea epidemica, Angina gangraenosa infantum, Cynanche aphthosa imarum

fucium“ u. s. w. dienen zur Stütze einer solchen Annahme. Es lässt sich jedoch nicht läugnen, dass in gewissen Fällen die Beschreibung auch auf den Krup passen könne, so dass es wahrscheinlich ist, dass auch dieser in jener Zeit, wenn auch seltener, vorkam. — Etwas später oder im Jahre 1772 sind dagegen zuverlässliche Fälle des wirklichen Krups von Bäck und Salomon beobachtet und beschrieben worden, aber es war da schon die merkwürdige Monographie von Home längst bekannt geworden. Den ersten von Salomon beobachteten Fall will ich hier mittheilen, da sich aus demselben der Unterschied in den Symptomen und im Verlaufe zwischen der vorhin beschriebenen schweren Halskrankheit und dem nun einige Jahre später beobachteten wahrscheinlich wirklichen Krup ergibt. —

Der vierjährige Sohn eines angesehenen Mannes hatte früher Neigung zu Konvulsionen gehabt, hatte aber das ganze Jahr hindurch, besonders im Frühlinge, an einen höchst beschwerlichen Schnupfen und Husten gelitten. Während der Sommermonate war derselbe erträglich gewesen, allein als es kühler wurde, fing der Schnupfen mit einem lästigen Husten, der immer mehr überhand nahm, wieder an. Abführungen und lösende Mittel linderten denselben etwas, indem der Knabe darnach anfing, eine Menge gelblichen Schleimes auszuhusten, und obgleich der Husten fortdauerte, so beachtete man denselben nicht sonderlich, weil der Knabe sonst munter war und wie gewöhnlich ass und trank. Am 6. November Abends zeigte sich, dass derselbe etwas fieberte und schlief er während der Nacht unruhig, war jedoch am folgenden Tage besser und bemerkte man weder an diesem noch an den folgenden sieben Tagen, dass er Fieber hatte, sondern war er am Morgen und Abende munter und ass wie gewöhnlich. Auser dass der Ausfluss aus der Nase und der Husten fortdauerten, war der Knabe seinem Aussehen nach gesund. Am 10. November war es den ganzen Tag über unwohl, ohne dass man Fieber oder behindertes Athemholen wahrnahm. Die Stimme war wie gewöhnlich und weder aussen am Halse, noch in demselben war Schmerzhaftigkeit oder Geschwulst zu bemerken. In der folgenden Nacht schlief

er von 12 bis 7 Uhr, den 11. November, ruhig; als er erwachte, wurde er aufgenommen, aber kurz darauf von Konvulsionen befallen, bei welchen der Kopf hintenüber gezogen und der Körper ganz steif wurde. Das Athemholen wurde sofort ganz beschwerlich und hörte man bei demselben den den Krup gewöhnlich begleitenden Laut, wie der von krähenden Hähnen. Gesicht und Hals wurden blau und geschwollen und nur mit Mühe konnte man die Kinnladen auseinander bringen. Das Kind verschluckte sodann etwas von dem, was ihm in den Mund geflösst wurde. Ein Aderlass, Blutegel, ein Klystir und ein Blasenpflaster, welche nnn angewendet wurden, brachten keine Veränderung hervor. Grosse Dosen eines Brechmittels, Reizung des Halses und Ausspritzung waren nicht im Stande, Erbrechen zu erregen. Der Zustand blieb bis um 1 Uhr derselbe, um welche Zeit das Kind starb. Bei der Leichenöffnung fand man im Larynx und in der Trachea eine fremde Haut, die wie ganz feines Postpapier, als sie in Wasser aufgeweicht war, sich zeigte.

In dieser Krankheitsgeschichte sehen wir zum ersten Male (so weit wir auffinden konnten) den eigenthümlichen Laut ähnlich dem Krähen eines jungen Hahnes in einer schwedischen Abhandlung scharf hervorgehoben. Der Ausdruck für diesen charakteristischen Laut beim Kruphusten wurde von Home entlehnt, welcher von ihm sagt: *„which I can resemble to nothing more, nearly than the croving of a cock.“*

Wenn wir nach dem Angeführten den schwedischen Aerzten die Priorität hinsichtlich der Beschreibung des wirklichen Krups nicht zuerkennen können, so müssen wir es dagegen hinsichtlich der Beschreibung der Diphtheritis thun. Besonders interessant ist das Factum, dass die jetzt bestehende epidemische Diphtheritis, welche bisher für eine in den letzten Jahren in Schweden erst beobachtete Krankheit gehalten wurde, aller Wahrscheinlichkeit nach schon vor hundert Jahren daselbst epidemisch geherrscht hat. — Berg sagt in seinen klinischen Vorlesungen über Kinderkrankheiten (S. 83): „Besonders merkwürdig ist, sowohl hinsichtlich der Priorität der Beobachtungen, als des Verdienstes des Beschreibers das, was Rudberg über Diphtheritis und Krup mitgetheilt

hat", und hat auch er also der oben ausgesprochenen Ansicht gehuldigt.

Was die Natur und Ursachen der Krankheit anbelangt, so dürfte das, was von Rosenstein darüber gesagt hat, die Ansichten repräsentiren, die in jener Zeit darüber herrschten. „Diese Krankheit," sagt er, „ist ein auf die Luftröhre sich geworfener Fluss, in welchem die in der Luftröhre und besonders an den Stellen, wo die Knorpeln keine vollständige Ringe bilden, belegenen Drüsen durch ihre Oeffnungen eine Menge Schleim ergiessen, der an der Seite, welche von der Luft berührt wird, erstarrt und zu einer Haut wird; der Theil aber, welcher der innersten Haut der Luftröhre zugekehrt ist, kann nicht mit derselben verwachsen, weil ein ähnlicher Schleim beständig hervorsickert und selbige getrennt hält. Dieses scheint wirklich so zu sein, weil an den eigenen Häuten der Luftröhre keine Zeichen von Schwärung gefunden wurden..." „Die Ursache dieses Flusses auf der Luftröhre ist eine kalte und feuchte Luft, weshalb sich derselbe aber gerade auf die Luftröhre wirft, weiss ich nicht." Eine andere Ansicht, welche ebenfalls ausgesprochen und von Wilcke angenommen wurde, nämlich die, dass die Membran die eigene, innerste Haut der Luftröhre sei, die von den anderen Häuten auf dieselbe Weise, wie die Epidermis beim Erysipelas oder bei Gangrän der Haut sich abhebe und dann sich verdicke und andere Veränderungen erleide, wurde bald verworfen und hat niemals viele Vertheidiger gefunden.

Die mehrmals erwähnte merkwürdige Abhandlung von Home: „*An inquiry into the Nature, Cause and Cure of the Croup*" erschien 1775 in Edinburg, oder ein Jahr später als die Dissertation von Wilcke. — Ausser dem Verdienste der Priorität hat diese Abhandlung das weit grössere, dass sie kurz, aber klar und deutlich den Krup geschildert hat, obschon Home selbst in folgenden Worten sein Misstrauen, ob ihm solches gelungen sei, ausdrückt: *To be the first author in treating a disease, to have no assistance from preceding experience, in a situation a little uncommon in these modern times. To this cause and to the rarity of the disease*

must be imputed my not bringing it to that degree of improvement, that I could wish etc.

In der mitgetheilten Kasuistik dürften sich wohl 2 bis 3 Fälle eingeschlichen haben, welche man vielleicht für Fälle einer gewöhnlichen katarrhalischen Laryngitis halten könnte; allein die übrigen, in welchen auch Leichenöffnungen vorgenommen wurden, sind dagegen alle unzweideutige Fälle des wirklichen Krups.

Die wichtigsten Symptome sind nach Home: eine eigenthümliche, scharf klingende Stimme, welche sich nicht leicht beschreiben lässt, aber dem Laute eines heiseren Hahnes ähnlich ist, ein merkwürdiges Freisein von allen Komplikationen, selbst wo die Gefahr überwiegend ist, so dass die Kranken oft kurz vor ihrem Tode zu essen verlangen; eine hastige, anstrengende Respiration; ein frequenter Puls, der im Anfange gespannt und hart ist, am Ende aber weich und schwach wird; kaum irgend welche Beschwerde beim Schlingen und keine merkbare Entzündung im Rachen; ein mässiger Schmerz und bisweilen auch etwas äussere Anschwellung des oberen Theiles der Trachea; die Geistesfunktionen bleiben bis zum letzten Augenblicke ungestört, und alle Symptome haben einen ungemein raschen Verlauf, wodurch sich die Krankheit charakterisirt. „Ich habe," sagt Home weiter, „den Husten noch nicht erwähnt, weil derselbe bisweilen fehlen kann, der aber, wenn er im Krup vorkommt, nicht von gewöhnlicher Art, sondern mehr kurz und erstickend, und mit wenigem oder keinem Auswurfe verbunden ist. Andere Symptome, wie das rothe, geschwollene Gesicht, Oedem in den Füssen, Durst u. s. w. sind nicht so konstante, wie die vorigen."

Merkwürdig und von grossem Interesse ist es, dass Home in allen mitgetheilten Fällen die Beobachtung machte, dass sich keine Entzündung im Rachen vorfand, und scheint es, als wenn er dieses Verhalten absichtlich hervorgehoben hat. Bei der Entscheidung der Frage, ob Diphtheritis und Krup identisch seien oder nicht, ist diese Beobachtung höchst wichtig, und steht mit den Beobachtungen neuerer französischer Schriftsteller im Widerspruche. Die Lungen sind nach

Home ebenfalls frei und lokalisirt sich die Krankheit in der Trachea.

Was das Wesen der Krankheit anbelangt, so verwirft er die Ansichten von Krampf und Entzündung, weil gegen den ersten die Symptome, und gegen die letzte der geringe Schmerz streiten. „Diese irrigen Meinungen," sagt er, „verschwinden, wenn man nur auf die Erscheinungen bei den Leichenöffnungen, dieser zuverlässigen Quelle einer sicheren Einsicht, sieht. Wir finden dann, dass die Ursache dieser Krankheit eine widernatürlich weisse, feste und dicke Membran ist, welche die innere Seite der Trachea bedeckt, aber nicht an der Wand derselben fest sitzt, sondern von ihr durch einen eiterartigen Schleim geschieden wird, welcher sich ebenfalls da, wo die Membran endigt, und in den Bronchien findet. Um sich zu erklären, wie diese Haut und dieser eiterartige Schleim, da sich keine Ulceration findet, entstehen, müssen wir auf die Quelle selbst oder die Zusammensetzung des Blutes sehen." . . . „Das Blut besteht aus 3 Hauptheilen, dem Crassamentum, dem Serum und der Lymphe, welche letztere eine durchsichtige Flüssigkeit, voll von gelatinösen und ernährenden Partikeln ist. Diese Flüssigkeit gleicht dem Eiweisse, koagulirt in der Hitze, mit Alkohol, Säuren und bei jedem Prozesse, wodurch deren Wasser attrahirt wird oder verdunstet; der koagulabele Theil dieser Flüssigkeit ist das Nährende im Blute. Diese gelatinöse Lymphe findet sich in grösserer Menge bei jüngeren als bei älteren Thieren als eine nothwendige und natürliche Folge des grösseren Bedarfes der jungen Thiere an Nahrungsstoff während der fortgehenden Entwickelung und des Wachsthumes derselben. Aus derselben Ursache muss das Kind reicher daran sein als der Erwachsene." „Der Schleim, welcher aus den Drüsen in verschiedenen Theilen des menschlichen Körpers, in der Nase, im Rachen, im Kehlkopfe, in der Trachea und in den Bronchien abgesondert wird, ist fast analog mit dieser Lymphe. Jener unterscheidet sich von dieser durch seine grössere Zähigkeit, und diese Ungleichheit ist nach der Sekretion desselben dadurch entstanden, dass die wasserhaltigen Theile sich verflüchtigten, die festen und zähen aber

zurückbleiben. Dieser Schleim hat eine grosse Neigung zum Gerinnen. Beim Zutritte von kalter Luft gerinnt der Schleim in der Trachea oft in dem Grade, dass er in den Drüsen stockt und alle Sekretion hindert. Beim Kinde ist diese Sekretion reichlich, besonders bei kalter und feuchter Witterung, in welcher die Perspiration vermindert wird, die Sekretionen der Drüsen aber gemehrt werden. Diese Absonderung wird durch alle reizende Mittel, die auf die Trachea und Lungen wirken, z. B. Schnupfen und Rauchen von Tabak gemehrt. Die Seeluft übt auch eine solche Reizung aus, welche die Sekretion von der Trachea vermehrt; sie enthält nämlich Salztheilchen, welche eingeathmet werden, und die Ausfuhrgänge der Drüsen anregen, und daher findet sich am Meeresstrande immer eine grössere Disposition für die Krankheit. Wenn nun eine solche übermässige Sekretion in der Trachea bei Kindern stattfindet, so geschieht es, dass dieselben entweder aus Mangel an Aufmerksamkeit, oder weil sie zu klein sind und das Aufhusten und Ausspucken des angesammelten Schleimes unterlassen. Es werden dann die flüchtigen Theile desselben mit der Exspiration weggeführt, die festen bleiben aber zurück, gerinnen und bilden die Membran, welche endlich die Trachea verstopft."

Die hier ausgesprochene Ansicht ist bereits zum Theil von Rosenstein bestritten worden, und braucht gegenwärtig wohl nicht widerlegt zu werden. Ich glaubte dieselbe in einer Uebersicht über die Monographie von Home nicht weglassen zu dürfen.

Die Behandlung bildet nicht das am wenigsten merkwürdige Kapitel in dieser Abhandlung. Dass Blutentleerungen (nach den damals herrschenden Ansichten) angewendet werden sollten, und manchmal bis zur Uebertreibung, verstand sich ziemlich von selbst, und geschah denn auch. Uebrigens wurden hauptsächlich lösende Salze und darnach Sudorifica verordnet. Brechmittel wurden ebenfalls angewendet, aber nach Home ohne sonderlichen Nutzen; die resolvirende und gelind stimulirende Wirkung von warmen Dämpfen aus Wasser und Essig werden von ihm sehr gelobt. Als äusserliche Mittel wurden, ausser warmen Umschlägen, mit besonderer

Vorliebe Vesikatorien angewendet. „Wenn diese Mittel fehlschlagen sollten, sollte man dann nicht die Bronchotomie anwenden?“ — ruft Home aus.

Grosse Veränderungen in der Behandlung sind sonach seit einem Jahrhunderte nicht eingetreten, wenn auch eine Menge von verschiedenen Mitteln mit wenig besserem Erfolge von einer Zeit zur anderen versucht worden sind.

Nach dieser Zeit erschienen mehrere kleinere Abhandlungen und Notizen über den Krup wie von Rush, Crawford, Callisen, Buchan und Anderen, allein die erste grössere Monographie wurde erst 1778 von Michaelis in Göttingen unter dem Titel: *„de Angina polyposa seu membranacea“* herausgegeben. Die Benennung deutet auf die Ansicht hin, welche Michaelis über die Natur der Krankheit hegte. Er hielt die Pseudomembran für einen unorganisirten Polypen, analog dem, welcher im Herzen und in den grossen Gefässen vorkommt, aber wesentlich verschieden von den organisirten Polypen sind, die im Uterus, in der Nase und mehreren Kavitäten vorkommen, und welche von zwei verschiedenen Arten, nämlich Polypi carnosi oder Sarcomata und Polypi mucosi sind. Bei der Definition der Krankheit sagt Michaelis: *„Anginam membranaceam, catarrhalem fistulae acriae esse credo inflammationem cum metastasi materiei ad partem affectam lymphaticae, quae nisi vel praematura mors, vel remedia tempestive adhibita impediant, in polyposum concrementum abit.“*

Michaelis beobachtete selbst nur einen Fall, nämlich bei seiner 5 Jahre alten Schwester, die am 4. Tage eines wirklichen Krups starb. Im Uebrigen besteht seine ganze Abhandlung aus Mittheilungen von anderen Schriftstellern, aus Berichten über deren Beobachtungen, weshalb sie denn auch sowohl die Fehler als Verdienste derselben theilt.

Hiernach erschienen einige weniger bemerkungswerthe Abhandlungen über den Krup, wie von Wichmann, Brewer, de la Roche und Anderen, aber erst als Napoleon der Erste, weil der Kronprinz von Holland an Krup gestorben war, am 4. Juni 1807 aus dem Hauptquartiere Finkenstein den Befehl erliess, dass ein Preis von 12,000 Franken

dem Verfasser der besten Abhandlung über den Krup ertheilt werden solle, wurde die Literatur von der Masse von mehr oder weniger würdigen Produkten, woran sie nun so reich ist, überschwemmt. Es gingen bei dem Komité, welches zur Entgegennahme und Beurtheilung der Schriften niedergesetzt war, nicht weniger als 83 Abhandlungen ein, die sich um den Preis bewarben. Dieser wurde endlich zwischen zwei Verfassern: Jurine in Genf und Joh. Abraham Albers in Bremen getheilt. Die Abhandlungen von drei Anderen: von A. M. Vieusseux in Genf, J. M. Caillau in Bordeaux und Double in Paris wurden durch eine ehrenvolle Erwähnung belohnt. Jurine definirt den Krup als eine katarrhalische Affektion der Schleimheit im Larynx oder in der Trachea, die, durch eine eigene entzündliche Reizung hervorgerufen, immer mit einer lokalen, spasmodischen Reizung komplizirt, und öfter, früher oder später, von einer Membranbildung in der Luftröhre begleitet ist. Er nimmt zwei verschiedene Arten des Krups an, nämlich einen Krup des Larynx und einen Krup der Trachea. „Da der Kehlkopf," sagt er, „viel reizbarer als die Luftröhre ist, so haben diese verschiedenen Formen des Krups auch von ihrem ersten Auftreten an ganz ungleiche Symptome. In der ersten Form sind die Symptome viel heftiger, der Verlauf der ganzen Krankheit ist weit kürzer; der Kehlkopf schmerzt bei der Berührung, die Remissionen sind kurz, die Anfälle folgen rasch nach einander und tritt der Tod schnell ein, wenn nicht baldige Hülfe geschafft wird. In der zweiten Form gehen der Invasion des Krups aber andere Symptome vorher (gewöhnlich von katarrhalischer Beschaffenheit), welche einige Tage lang dauern können; der ganze Gang der Krankheit ist sehr langsam, die Remissionen sind vollständiger und länger, die spasmodischen Anfälle sind vom Anfange an gelinder, und ist die Prognose günstiger. Zu den wesentlichen Symptomen zählt Jurine vor allen Dingen den eigenthümlichen Ton beim Husten, die zischende Inspiration so wie die Paroxysmen, welche meistens bei Nacht auftreten. — Zu den gewöhnlichsten Ursachen des Krups wird von ihm eine gestörte oder unterdrückte Transpiration gerechnet, und als Veranlassung dazu

wird plötzlicher Luftwechsel, besonders aber die Einwirkung von Feuchtigkeit und Kälte, angeführt. Es musste daher auch der Krup am häufigsten in den Ländern vorkommen, welche ihrer geographischen Lage nach am meisten plötzlichem Temperaturwechsel und kalten Wintern ausgesetzt sind, also in den nördlichen Ländern. Eine starke und abgehärtete Konstitution, ein kräftiges Volk widersteht den schädlichen Einflüssen eines rauhen Klima's besser, weshalb denn auch das Volk im Norden, so lange dasselbe ausschliesslich ein sich abhärtendes Jäger- und Kriegerleben führte, weniger solchen Krankheiten unterworfen war, die auf klimatischen Verhältnissen beruhten, allein in demselben Verhältnisse, als dasselbe anfing, sich den Genüssen eines verfeinerten gesellschaftlichen Lebens hinzugeben, wurde es auch für jene klimatischen Einflüsse empfänglicher. Daher ist denn auch der Krup hier immer allgemeiner geworden, obschon er sich auch vorher gefunden haben dürfte, wenn auch seine frühere Gegenwart nicht bewiesen werden kann. Unter den zufälligen Ursachen werden erwähnt: Epidemieen von Lungenkatarrhen, Masern, Pocken, Scharlach, brandiger Bräune und Keuchhusten. — Das Vorhandensein von Pseudomembranen ist die einzige wesentliche Veränderung in anatomischer Hinsicht, welche dem Krup auszeichnet. Das Entstehen derselben wird so erklärt, dass, da eine entzündliche Reizung der Schleimhaut der Luftröhre stattfindet, die natürliche Absonderung derselben sich vermehrt, allmählig eine festere Konsistenz bekommt, bis endlich eine zusammenhängende Membran gebildet wird. Um diese Erklärung deutlich und anschaulich zu machen, stellt Jurine eine Vergleichung mit der Aphthenbildung im Munde an. Die Schleimhaut desselben ist in dieser letzten Krankheit in eine entzündliche Reizung versetzt, in Folge welcher ein Schleim in vermehrter Menge abgesondert wird, welcher hinterher gerinnt und einen zusammenhängenden Pelz bildet, der die Schleimhaut bedeckt. Jurine meint, dass dieser Vergleich besonders treffend sei, allein ich brauche wohl nicht darauf hinzuweisen, wie falsch und schief er wirklich ist. — Die Behandlung zerfällt nach ihm nach den zwei Stadien, worin die Krankheit getheilt ist, nämlich einem

von Irritation und einem von Konkretion oder selbst gebildeter Membran, in zwei Abtheilungen. Im ersten Stadium sind Blutentleerungen, allgemeine oder örtliche, ein Mal oder wiederholt (je nach der Natur des individuellen Falles) das Hauptmittel. Durch dieselben wird die Irritation aufgehoben oder geschwächt, vielleicht auch der Konkretion vorgebeugt, aber um dieses zu erreichen, müssen dieselben gleich im ersten Anfange der Krankheit angewendet werden. Unmittelbar nach den Blutentleerungen gab Jurine gelinde Brechmittel, mit welchen er auch im zweiten Stadium fortfuhr. Er beabsichtigte damit im ersten Stadium die Irritation und den Krampf zu mindern, im zweiten Stadium aber das Lösen und Aufhusten der Pseudomembran und des Schleimes zu befördern. — Wenn diese beiden Mittel nicht hinreichten, so wurden von ihm Sinapismen, Vesikatorien, warme Bäder und das Einathmen von erweichenden warmen Dämpfen angewendet. Ausser diesen Hauptmitteln gebrauchte er in der späteren Periode der Krankheit Antispasmodica, besonders Asa foetida, Schwefeläther allein oder mit Tinctura Succini, Senega, Scilla, Kermes u. s. w. Die Quecksilberpräparate lobt er nicht, und gegen die Tracheotomie protestirt er ganz entschieden. Jurine theilt 80 Krankheitsfälle mit, auf welche er seine Ansichten gründet, und durch welche er die Richtigkeit derselben zu beweisen sucht.

Albers verwirft die bis dahin gebräuchliche Benennung der Krankheit, weil sie nicht ihr Wesen ausdrückt, und schlägt vor, sie Tracheitis infantum zu nennen, mit welcher Benennung sowohl der Sitz der Krankheit als auch ihre Natur und das Alter, in welchem sie vorkommt, bezeichnet würde. Er definirt den Krup als eine Entzündung der Schleimhaut des Larynx, der Trachea und ihrer Verzweigungen, als eine Entzündung, die einen eigenen Verlauf und eigenen Charakter hat, und welche fast immer die Sekretion eines eigenthümlichen Stoffes, der hauptsächlich von gerinnbarer Lymphe und Fibrin zusammengesetzt ist, zur Folge hat. Diesen Stoff nennt er Lympha plastica. Er glaubt, dass die Arterien im Larynx und in der Trachea die Hauptquellen, aus welchen er abgesondert wird, seien, wogegen die Schleimdrüsen dieser

Organe nur im geringen Grade zur Erzeugung desselben beitragen. Im Gegensatze mit Jurine hält Albers es für unmöglich, zu entscheiden, ob und wann die Krankheit im Larynx oder in der Trachea ihren Anfang nimmt. Er hält es für wahrscheinlich, dass sie am häufigsten im Larynx und im oberen Theile der Trachea anfängt. Die Krankheit tritt nach ihm unter zwei verschiedenen Formen auf. Er sagt: *„Modo enim vera indoles inflammatoria cernitur; modo inflammationibus sic dictis nervosis, ataxicis, adynamicis, spuriis, passivis catarrhalibus accensanda sunt.“* Die Krankheit tritt bald sehr plötzlich mit einem heftigen Husten- und Erstickungsanfalle, bald aber langsam auf, indem ihr katarrhalische Symptome vorausgehen. — Die wichtigsten und am meisten konstanten Symptome sind nach Albers: Heiserkeit, der eigenthümliche Husten, Respirationsbeschwerden und Fieber. Diese finden sich vom Anfange bis zum Ende der Krankheit. Er glaubt, dass die drei zuerst genannten Symptome theils von Verdickung in der eigenen Schleimhaut des Larynx, theils aber und hauptsächlich von dem Exsudate und Krampfe verursacht werden. Das Fieber ist insoferne im Krup eigenthümlich, weil es sehr schnell, bisweilen ganz unmerklich, von einem rein entzündlichen in einen asthenischen Zustand übergeht. Unter gewissen Verhältnissen (einer zarten Konstitution, vorangegangenen schwächenden Krankheiten, Komplikation mit anderen Leiden u. s. w.) kann der Krup schon vom Anfange an einen solchen adynamischen Charakter annehmen; es ist dieses die Form, welche von den Schriftstellern asthenisch oder typhös genannt wird. Die Beschreibung des Verlaufes der Krankheit, die Schilderung der Krankheitsbilder sind vollständig und genau. Er glaubt, dass die Exsudation der plastischen Lymphe fast gleichzeitig mit oder gleich nach der Entzündung eintritt. — Bei der differentiellen Diagnose werden von ihm verschiedene Krankheiten erwähnt, welche das eine oder andere Symptom haben können, das dem Krup ähnelt, wie Oesophagitis, die verschiedenen Formen der Angina, besonders die exsudative und gangränöse, das Millar'sche Asthma, der spasmodische Krup von Wichmann, Phthisis laryngealis u. s. w., welche aber alle vom

Krup unterschieden werden können. — Die Ursachen sind nach Albers dieselben, wie sie schon oben angeführt worden sind. Besonders glaubt er den schädlichen Missbrauch, „dass man die Kinder zu dünn gekleidet, mit bloser Brust und nackten Armen umher gehen lässt, und ihnen die Haare zu kurz abschneidet," hervorheben zu müssen. — Er hält das epidemische Auftreten der Krankheit für möglich, leugnet aber durchaus ihre Kontagiosität. — Der Krup begleitet oft die exanthematischen Krankheiten, Pocken, Masern und Scharlach, und nimmt er dann gewisse Modifikationen an, die auf den Komplikationen beruhen. In diesen Fällen ist es um so schlimmer.

Was die Mortalität anbelangt, so glaubt Albers, dass dieselbe auf gewissen Momenten beruht, nämlich: 1) auf dem Stadium, in welchem die Krankheit zur Behandlung kommt; je früher eine zweckmässige Behandlung vorgenommen wird, um so besser ist die Prognose; 2) auf dem Alter der Kranken; ein junges Lebensalter gibt eine schlechtere Prognose ab; 3) auf den Komplikationen; der einfache Krup ist am wenigsten schlimm; 4) auf klimatischen Verhältnissen; während der Herbst- und Wintermonate ist der Krup schlimmer als im Sommer; 5) auf dem Geschlechte; unter Knaben ist die Mortalität grösser als unter Mädchen.

Was die pathologische Anatomie anbelangt, so verlangt Albers, dass sich immer ein fremder Stoff in der Luftröhre finden müsse, und dieser Stoff, sagt er, ist das Produkt einer krankhaften, zufällig vermehrten Sekretion in derselben; dieselbe besteht aus koagulabaler Lymphe und aus dem fibrinösen Bestandtheile des Blutes, und wird von ihm Lympha plastica genannt; dieselbe zeigt in den verschiedenen individuellen Fällen grosse Verschiedenheiten hinsichtlich der Quantität, des Sitzes, der Form, der Konsistenz und Farbe. — Die Behandlung richtet sich nach dem Charakter der Krankheit, nach den vorhandenen Komplikationen und nach der Konstitution der Kranken. In der rein sthenischen Form hält Albers die Brechmittel für wahre Heroica und für die vorzüglichsten von allen Mitteln. Im Anfange wendet er den Brechweinstein allein an; später, wenn es nöthig wird, Ein-

brechen hervorzubringen, in Verbindung mit Ipekakuanha. „Man hat", sagt Albers, behauptet, „dass diese Mittel, wenn man sie im Anfange gibt, die Entzündung vermehren müssen, allein die Erfahrung hat diesen Glauben vollständig widerlegt, denn dieselben vermehren die Entzündung nicht bloss nicht, sondern vermindern dieselbe und heben sie auf. Auch in anderer Hinsicht wirken sie vortheilhaft; sie hemmen oder mindern die Sekretion der plastischen Lymphe, sie unterbrechen oder mindern den Krampf, und rufen oft einen wohlthätigen Schweiss hervor: sie reichen oft hin, um den Krup zu heilen, wenn sie zeitig genug angewendet werden. Nächst den Brechmitteln empfiehlt Albers Blutausleerungen durch Blutegel am Halse, welche durchaus angewendet werden müssen, wenn das Fieber stark ist und Kongestion zum Gehirne einzutreten droht. Bei überwiegender Gefahr der Erstickung oder wo deutliche Zeichen von Apoplexie vorhanden sind, soll man die Vena jugularis oder Arteria temporalis öffnen. Die Blutung soll so stark sein, dass sie Veränderung im Pulse hervorbringt und den Krampf mindert, darf aber nicht so lange fortwähren, dass der Kranke dadurch zu sehr geschwächt wird. — Das dritte Hauptmittel im Krup sind Blasenpflaster. Wenn diese drei Mittel im Anfange des Krups mit Umsicht angewendet werden, so werden alle übrigen Mittel oft überflüssig. Albers führt jedoch einige an, welche als gute Hilfsmittel betrachtet werden können. Dahin gehören: Quecksilbermittel, besonders Kalomel, Kermes, Goldschwefel, Kampher, Senega, kohlensaures Ammoniak, Digitalis, warme Bäder und Fussbäder, Einathmung von warmen Dämpfen, Schwefeläther u. s. w. Wenn der Krup asthenischer Natur ist, so ist Moschus das Hauptmittel. Derselbe erhält die Kräfte aufrecht und mindert den Krampf; man muss ihn dann aber in hinreichender Dosis, bis zu 12 Gran in 24 Stunden einem zwei- bis dreijährigen Kinde, geben. Man kann ihn mit Kermes oder kleinen Dosen Kalomel verbinden. Aeusserlich werden Reizmittel angewendet. Bei wichtigen Komplikationen wird die Behandlung nach solchen modifizirt. Die Tracheotomie wird als schädlich und unnütz verworfen.

Sowohl Jurine als Albers und die meisten anderen

derseitigen Schriftsteller haben durchaus nicht das Exsudat im Pharynx und an den Tonsillen als ein dem wirklichen Krup angehörendes Symptom erwähnt, und da auch Home nichts davon erwähnt, so scheint es, als wenn bis zu dieser Zeit nur einige schwedische und spanische Monographieen dasselbe erwähnt haben. Man hat es hingegen für nöthig gehalten, zwischen dem wirklichen Krup als ein ausschliesslich der Schleimhaut der Luftröhre angehörendes Leiden und den verschiedenen Formen von Angina, welche beschrieben und mit jenem nicht vermengt werden dürfen, zu unterscheiden. Auch die Schriftsteller, welche zunächst nach dieser Zeit den Krup abhandelten, huldigen dieser Ansicht. So z. B. spricht sich unter Anderen Gölis in seinem 1813 herausgegebenen *„Tractus de rite cognoscenda et sananda Angina membranacea* (S. 16) folgendermassen aus: *„Si in simplici Angina membranacea oris et faucium cavum inspiciatur, nihil in illis praeter naturale reperiri solet. Longe aliter fauces conspiciuntur si viarum aerarum inflammatio ulterius propagatus, tum tonsillae, uvula, velum palatinum, pendulum, oris et faucium cavum inflammata et symptomata Anginae membranaceae illis aliarum Anginae specierum mixta apparent.“* — Cheyne sagt S. 17 in seiner *„Pathology of the membrane of the Larynx and Bronchia“: „When in the urgency of the attack, the fauces and neck are examined, with a view to determine the cause of these symptoms, even when a sense of heat is complained of in the throat, the tonsils are seldom observed swelled or inflamed and the inflammation is never considerable.“*

Es könnten noch viele andere Schriftsteller angeführt werden, welche ebenso das Fehlen von Entzündung und Exsudatbildung im Rachen und an den Tonsillen erwähnt haben, allein das Angeführte mag genügen, um darzuthun, dass der wirkliche Krup oft ohne diese Symptome vorkommt. Nach dieser Zeit haben wir eine Menge Monographieen und selbst ausführliche Artikel über den Krup in allen pädiatrischen Handbüchern und Journalen erhalten. Es würde jedoch zu weit führen, wenn ich über diese im Einzelnen berichten wollte, und will ich daher nur in der Kürze einige von den

Schriftstellern erwähnen, welche mit verschiedenen Meinungen in Bezug auf die noch meistens streitige Frage, nämlich über die Identität oder Nichtidentität des Krups mit Diphtheritis aufgetreten sind.

Im Jahre 1826 gab Bretonneau de Tours seine merkwürdige Schrift: „*Des inflammations spéciales du tissu muqueux et en particulier de la Diphthérite, ou inflammation pelliculaire, connue sous le nom de Croup, d'Angine maligne, d'Angine gangréneuse*“ heraus, in welcher er den ersten Anstoss zu den späterhin von den meisten neueren französischen Schriftstellern und manchen Anderen angenommenen Ansicht von der Identität des Krups und der Diphtheritis gab. Bretonneau und seine Anhänger, unter welchen durch ihre unerhört grosse Erfahrung Guersant und Trousseaux als die vorzüglichsten hervorstechen, behaupten, dass beim ächten Krup nicht allein eine Bildung von Pseudomembran in der Luftröhre, sondern dass auch Exsudatbildung und wirkliche Pseudomembranen gewöhnlich zuerst im Pharynx, an den Tonsillen, ja selbst an der Schleimhaut der Nase sich finden müssen, so wie dass manches Mal durch eine zweckmässige Behandlung die Ausbreitung des Exsudates auf die Respirationsorgane verhütet werden könne, obgleich es sich in den meisten Fällen auch auf diese verbreite.

Was die Ursachen betrifft, so kann nach ihnen wohl eine Erkältung an und für sich die Krankheit nicht hervorrufen, denn die lokalen Erscheinungen sind bloss sekundäre, sie sind Wirkungen einer noch nicht völlig bekannten Ursache, scheinen aber, nach den Symptomen im Uebrigen zu urtheilen, auf einen spezifischen Krankheitsprozess hinzudeuten. So findet man oft Pseudomembranen auf den entferntesten Stellen des Körpers in den Geburtstheilen bei Mädchen, in der Nase, im After, in den Gehörgängen, in Geschwüren auf der Haut, die durch Vesikatorien oder andere Ursachen entstanden waren u. s. w.

Nach Guersant finden sich im Krup ausser den Prodromen, die oft selbst vom Arzte übersehen werden können, drei Stadien. Das erste, welches bisweilen kurz ist, dauert gewöhnlich 2 bis 4 Tage und charakterisirt sich durch gelin-

des Fieber, unbedeutenden Husten, gelinden Schmerz im Halse, wiederholtes Erbrechen, heisse Haut und gereizte Gemüthsstimmung. Diese Symptome können so unbedeutend sein, dass sie von der Umgebung wenig beachtet werden, allein der Arzt müsse doch wissen, dass schon in diesem Stadium Pseudomembranen oder wenigstens verdächtige Stellen an den Tonsillen gefunden werden und muss daher immer trotz des Widerstrebens des Kindes den Rachen desselben genau untersuchen. Im zweiten Stadium findet man die Submaxillardrüsen und Tonsillen angeschwollen, die Pseudomembranen bis zur Epiglottis verbreitet, die Sprache und Stimme schwächer, die Temperatur hoch; ein trockener Husten vollendet die Symptomengruppe in diesem Stadium. Geht die Krankheit in's dritte Stadium über, so können die Pseudomembranen im Pharynx sich abgelöst haben, dagegen treten aber die Symptome von Seiten des Larynx deutlicher dadurch hervor, dass sich das Exsudat auf diesen fortgepflanzt hat. Die Heiserkeit steigt bis zur Aphonie; es stellt sich Dyspnoe ein und wird immer stärker; gewöhnlich ist sie anhaltend, allein oft stellen sich während der Nächte Erstickungsanfälle ein, die Lippen werden blau, u. s. w. — Unter hundert Fällen von Krup fangen 90 mit Bildung von Pseudomembranen an den Tonsillen und an der Uvula an.

Billiet und Barthez haben in ihrem ausgezeichneten „*Traité clinique et pratique des Maladies des Enfans*“ den Krup „*Diphthérite laryngée*“ genannt, und eben durch diesen Namen seine Identität mit Diphtheritis anerkannt. Nach ihnen kann der Krup bei einem vorher gesunden Kinde entstehen, primitiv sein, oder sich mit irgend einer Krankheit kompliziren und dann sekundär sein. Sie sagen: „*La différence est grande entre ces deux affections; la première constitue le croup, la diphthérite laryngée dont les caractères anatomiques et symptomatiques bien tranchées ne sauraient être confondu avec ceux de la laryngite pseudomembraneuse secondaire: celle-ci diffère peu des laryngites érythémateuse et ulcéreuse. Ces maladies sont d'ailleurs tout-à-fait distinctes par leur nature. Le Croup est une expression de cet état morbide auquel Mr. Bretonneau*

'a donné le nom de diphthérite; il a donc sa spécificité qui lui appartient en propre. Au contraire, la laryngite pseudomembraneuse secondaire n'est pas spécifique, ou lorsqu'elle le devient c'est si l'on peu dire, parce qu'elle revêt la specificité des maladies, qui lui donne naissance.“

Das Ziehen einer bestimmten Grenze zwischen der primitiven und sekundären Form bleibt schwer, ja unmöglich, sobald man der ersteren eine Specifität beimisst, sie analog mit Diphtheritis macht. Es zeigt sich, dass es auch diesen berühmten Verfassern nicht gelungen ist, diese Aufgabe genau zu lösen.

In Deutschland hat besonders Lussinsky in Wien mit grosser Wärme die Ansicht erfasst, dass der Krup nicht eine lokale Krankheit, sondern der lokale Ausdruck einer allgemeinen Diathese (der diphtheritischen) sei. Ausser dem Exsudate in der Luftröhre kommen gewöhnlich pseudomembranöse Bildungen am Zahnfleische, an der inneren Seite der Lippen, im Rachen, an den Tonsillen, im Oesophagus, in der Cardia, im Magen, in den Därmen, in den weiblichen Geschlechtstheilen, ja in der Blase, vor; ausserdem oft auf der äusseren Haut, hinter den Ohren, in den Achselhöhlen und auf wunden Stellen. Auf Grund dieser Ansicht verlangt Lussinsky, dass man bei der Behandlung vor allen Dingen solche Mittel wählen solle, welche der krankhaften Blutkrasis entgegenwirken. — Hauner hat mit Nachdruck diese Lehre von Lussinsky bekämpft, welche durchaus nicht mit der Erfahrung übereinstimmt, die sich derselbe als vieljähriger Kinderarzt in München erworben hat. Derselbe nimmt einen reinen, lokalen, rasch verlaufenden Krup (Laryngitis exsudativa) an, welcher in keinem Verhältnisse zu einer allgemeinen Diathese steht oder stehen kann.

Auch in England ist in späteren Zeiten die Identität des Krups und der Diphtheritis ausgesprochen worden, unter Anderen von Hillier (Assistenzarzt am Kinderkrankenhause in London), welcher die Diphtheritis für einen epidemischen Krup und den Krup für eine sporadische Diphtheritis hält, oder, mit anderen Worten, meint, dass, wenn der Krup epidemisch wird, er die Form der Diphtheritis annimmt. Auf glei-

che Weise verhält es sich nach ihm mit anderen analogen Krankheiten, z. B. mit dem Scharlachfieber, welches, wenn es sporadisch vorkommt, ganz gelinde ist, epidemisch aber einen bösartigen Charakter bekommt. Jenner (Arzt im Kinderkrankenhause in London) ist dagegen aus mehreren Gründen der Ansicht, dass der Krup für eine eigene von Diphtheritis verschiedene Krankheit gehalten werden muss.

In Schweden hat sich, so viel ich weiss, keine einzige Stimme für die Ansicht der Identität beider Krankheiten erhoben. Unser ausgezeichnetster Krup-Monograph, Israel Hwasser, äussert sich darüber (Seite 75 und 76 seiner „kleinen Schriften medizinischen Inhaltes" folgendermassen; „Bretonneau hat eine Form einer komplizirten Angina beobachtet, hat dieselbe Diphthérite genannt und ist diese späterhin von Guersant, Louis und Anderen unter dem Namen Angine pelliculaire u. s. w. beschrieben, und hielten sie dafür, dass diese Krankheit nicht allein mit Angina gangraenosa, sondern sogar auch mit dem Krup identisch sei. Einer solchen Behauptung, welche nicht allein die ältere, bereits längst verworfene Meinung über die Identität der Angina gangraenosa wieder aufnimmt, sondern auch die traditionell festgestellten und mit Genauigkeit bestimmten Begriffe dieser beiden Krankheiten für falsch erklärt, möchte es schwer fallen, sich geltend zu machen. Obschon der Versuch, dem neuen Begriffe über „Angine pelliculaire" eine so ausgedehnte Bedeutung zu geben, nicht glückte und wohl niemals glücken wird, so haben doch die Beobachtungen, welche dazu die Veranlassung gaben, einen hohen Werth."

Aus Gründen, welche später angeführt werden sollen, behaupte ich ebenfalls, dass der reine Krup für eine eigene von der Diphtheritis und jedem anderen Halsleiden verschiedene Krankheit gehalten werden muss.

Ungeachtet des sorgfältigen und mannichfaltigen Studiums, welches man in allen Ländern, selbst in der neuen Welt, dieser Krankheit gewidmet hat, trotz der reichhaltigen Literatur, welche man über sie besitzt, — währt die Thätigkeit der Schriftsteller auf diesem Felde, und dauern noch immer streitige Ansichten, welche sich in mancher Hinsicht bekämpfen,

fort. Die Ursachen für dieses letzte Verhalten dürften theils in der Verwechselung anderer Krankheiten mit dem Krup, theils aber in dem wichtigen Umstande gesucht werden müssen, dass die genannte Krankheit sich etwas ungleich bei den verschiedenen Individuen nach dem Alter, nach der Konstitution, nach vorangegangenen Krankheiten, Komplikationen u. s. w. verhält und sich verschieden unter verschiedenen klimatischen Verhältnissen zeigt. So wird dieselbe verschieden in Schottland und Frankreich, ja sogar verschieden im nördlichen und südlichen England beschrieben. —

Strypsjuka, Krup, Affectio orthopnoica (Boillau); Cynanche stridula (Wahlbom); Angina suffocatoria Suffocatio stridula (Home); Morbus strangulatorius (Rosen); Morbus truculentus infantum (von Bergen); Angina polyposa (Michaelis); Orthopnoea membranacea (Landun); Tracheitis infantum (Albers); Laryngotracheitis (Bland); so wie Laryngitis exsudativa sind einige wenige von den vielen Benennungen, welche man der Krankheit gegeben hat.

Der Krup (Strypsjuka) ist eine akute Entzündung, welche in grösserer oder kleinerer Ausdehnung die Schleimhaut der Luftwege von der Stimmritze an bis in die feinsten Bronchien hinab ergreift, gewöhnlich aber sich im Larynx und in der Trachea lokalisirt. Sie unterscheidet sich von anderen Entzündungen durch ihren kurzen Verlauf, durch ihre grosse Geneigtheit, rasch ein eigenthümliches Exsudat abzusetzen, durch die periodischen Anfälle und dadurch, dass sie beinahe ausschliesslich nur Kinder von 2 bis 8, höchstens von 10 bis 12 Jahren, ergreift. Es ist wohl möglich, dass mitunter sich selbst einzelne Exsudatflecke an den Tonsillen und im Pharynx finden können, aber dem Krankheitsbegriffe die Ausdehnung zu geben, dass das Exsudat sich immer daselbst finde, ja sogar an diesen Stellen, so wie auch nach der Behauptung Einiger auf anderen Schleimhäuten, auf Wunden, auf Falten der Kutis u. s. w. anfange, ist nach meiner auf 17jähriger Erfahrung gegründeten Ueberzeugung eine irrige Auffassung des Wesens und der Natur des reinen Krups.

Durch eine solche Auffassung (die Annahme seiner Identität mit Diphtheritis) fällt der Begriff Krup ohne begründete Ursache und ohne Nutzen für die Wissenschaft, den Arzt oder Kranken aus unserem nosologischen Register weg. Er besteht aus einer von allgemeiner Blutkrankheit völlig unabhängigen exsudativen Entzündung in der Schleimhaut der Luftröhre, die sich durch mehrere ihr eigenthümliche Symptome auszeichnet und als selbstständige freistehende Krankheit beibehalten werden darf und muss. Die Gründe dafür sollen später angeführt werden.

Der Verlauf der Krankheit ist im Allgemeinen sehr rasch: von 12 Stunddn bis zu einigen Tagen. Einige haben denselben in gewisse, verschiedene Stadien eingetheilt. Cheyne nimmt zwei Stadien an, nämlich das entzündliche oder inkomplete oder das purulente oder komplete. Gölis hat vier Stadien angenommen: das katarrhalische, entzündliche, exsudative und suffokatorische; die Meisten nehmen aber drei Stadien mit verschiedenen Benennungen nach verschiedenen Ansichten an. — Was mich anbelangt, so halte ich diese Eintheilung mit manchen anderen Schriftstellern für undienlich und ohne allen Nutzen.

Alle, welche den Krup identisch mit Diphtheritis halten, nehmen ein kürzeres oder längeres Vorbotenstadium an, welches nach Guersant unter 20 Fällen in 19 deutlich bemerkt wird. Dasselbe soll sich durch katarrhalische Symptome auszeichnen, welche so unbedeutend sein können, dass sie von den Angehörigen und dem Arzte nicht beachtet werden. Der Kranke wird auch übellaunisch und ungeduldig, müde und schläfrig, klagt über Schwere im Kopfe, hustet etwas, jedoch ohne alle Veränderung im Tone des Hustens; Nase und Augen fliessen; gelinde Schauder und Frostanfälle, abwechselnd mit geringen Fieberparoxysmen stellen sich oft, besonders gegen Abend, ein. Hierzu kommt bisweilen ein qualvolles Gefühl in der Gegend des Larynx, gleichsam als wenn die Kehle zusammengeschnürt würde oder als wenn irgend ein Hinderniss in derselben vorhanden sei (junge Kinder, die den Schmerz nicht anders zu erkennen geben, bringen die Hand an den Hals); der Kehlkopf ist bisweilen geschwollen und wenn er gedrückt wird, schmerzhaft; die Submaxil-

drüsen schwellen an und werden schmerzhaft. Nach Guersant und Bretonneau soll auch der Pharynx, der bei allen Hals- und Kehlleiden sorgfältig besichtigt werden muss, gewöhnlich nun schon eine mehr oder weniger ausgebreitete Röthung mit Anschwellung der Tonsillen zeigen und soll man bisweilen schon in dieser Periode kleine, weisse Belege im Rachen bemerken können. Diese kleinen Exsudatflecke sind nach Guersant für die Diagnose der Krankheit höchst wichtig. —

So ist das Vorbotenstadium, welches 1 bis 4 oder 5 Tage, gewöhnlich aber 24 bis 36 Stunden, dauern soll, geschildert worden. Wenn aber nun auch diese Symptome mitunter als Vorboten sollten bemerkt werden können, so sind einige von so allgemeiner Beschaffenheit, dass sie so gut wie für jedwede Krankheit gelten können, andere aber, wie es mir scheint, einzig und allein der Diphtheritis angehören. Albers leugnet bestimmt irgend welches Vorbotenstadium, und die meisten Schriftsteller, welche den Krup, bevor die Ansicht über die Identität zwischen demselben und der Diphtheritis sich geltend machte, beschrieben, legen darauf kein sonderliches Gewicht. Was mich anbelangt, so habe ich öfters den Krup ohne bemerkbare Vorboten auftreten sehen, muss indessen zugeben, dass in einigen Fällen eine Heiserkeit, ein gelinder Husten, etwas Unlust mit unbedeutendem Fieber, so wie etwas Veränderung im Tone des Hustens einige Stunden oder einen Tag lang vor dem Auftreten der mehr stürmischen Symptome wahrgenommen wurden. In der Regel tritt die Krankheit aber bei uns in Schweden so plötzlich auf, dass ein bedachtsamer Arzt immer ein Brechmittel in den Familien in Bereitschaft halten lässt, in welchen sich Kinder befinden, und oft ertheilt er auch die Vorschrift, dass man, ohne seine Ankunft abzuwarten, das Brechmittel gebe, sobald irgend ein Hustenanfall, der von Kurzathmigkeit und vom den älteren Personen wohlbekannten Kruptone begleitet ist, sich einfinden sollte.

Der Ausbruch der Krankheit wird entweder durch einen rauhen Krupton bei irgend einem Hustenanfalle, eine überhand nehmende Heiserkeit und das pfeifende Geräusch der Respiration oder auch durch einen heftigen Anfall von Dyspnoe

angedeutet, welcher mit oder ohne den eigenthümlichen Husten und das Geräusch bei der Respiration gewöhnlich ganz plötzlich und unvermuthet den Kranken überfällt. Oft genug geschieht es, dass das Kind, wenn dieser erste Anfall vorüber ist, sich wieder wohl fühlt und eine kurze Zeit hindurch eine gewöhnlichen Spiele und Beschäftigungen wieder vornimmt, so dass man nichts von der drohenden Gefahr ahndet, um so mehr, wenn bei der Besichtigung des Rachens keine Veränderung gefunden und bei der übrigen Untersuchung nichts Krankhaftes entdeckt wird. Bald stellt sich aber ein heftigerer und lautklingender Hustenanfall ein, der von dem eigenen Tone begleitet ist, welchen man, obschon wenig treffend, mit dem Krähen eines jungen Hahnes oder dem Bellen eines heiseren jungen Hundes verglichen hat. Gleichzeitig oder kurz nachher erleidet auch die Respiration eine eben so wichtige wie merkwürdige Veränderung, indem die Inspiration verlängert und von einem eigenen zischenden oder pfeifenden Geräusche begleitet wird, welches dem Krup ziemlich eigenthümlich ist, sich jedoch schwer beschreiben lässt, von Sachse aber ganz treffend mit dem Geräusche einer Säge verglichen wurde. Diese Erscheinungen: Veränderungen des Klanges beim Husten und bei der Respiration, beobachtet man gewöhnlich bei irgend einem Anfalle am Abende oder vor Mitternacht, kurze Zeit nach dem Einschlafen des Kranken. Während des ganzen Krankheitsverlaufes wird deutlich eine Geneigtheit zur Exazerbation an den Abenden und Remission am Morgen bemerkt. Ein neuer Hustenanfall stellt sich bald wieder ein; der Husten wird dann heftiger und rauher und ist von einem mehr oder weniger lebhaften Schmerze im Larynx begleitet. Das eigenthümliche, zischende Geräusch bei der Inspiration wird stärker und deutlicher gehört; das Athemholen wird so beschwerlich, dass sich der Kranke angstvoll umherwirft, mitunter heftig auffährt, wild um sich schlägt und durch den bittenden und leidenden Ausdruck in den von Angst und Schmerzen dann und wann verdrehten Augen seine Umgebung um Hülfe anzuflehen scheint. Das Fieber wird rasch stärker; die Haut, welche im Anfange trocken und heiss gewesen ist, wird späterhin mit Schweiss überzogen;

das Gesicht glüht, die Adern am Halse schwellen an, die Respiration wird beschleunigt und die Dyspnoe bis zur drohenden Erstickung gesteigert. Dieser qualvolle Zustand ist noch nicht anhaltend, sondern kommt anfallsweise und periodisch. Nach dem Schlusse eines solchen Anfalles wird der Kranke wieder ruhiger und fängt oft an zu schlafen. Die nun eingetretene Remission währt längere oder kürzere Zeit, von einer halben bis zu einer ganzen Stunde, worauf sich wieder ein schwerer, heftigerer und länger als der vorige dauernder Anfall einstellt. Die Remissionen werden späterhin kürzer und unvollständiger; die Hustenanfälle folgen rascher auf einander, die Dyspnoe wird gemehrt, die Veränderung des Tones beim Husten und der Respiration wird stärker, die Heiserkeit nimmt so zu, dass der Kranke die Worte nur flüsternd hervorbringt und endlich das Vermögen zu sprechen verliert; das Fieber wird heftiger; bisweilen stellen sich Konvulsionen ein, der Durst ist stark, obschon die Zunge gewöhnlich weich ist; die Farbe des Gesichtes wird um Nase und Mund violett; Schmerz und Angst nehmen zu; die Unruhe wird so gross, dass der Kranke sich nicht ruhig halten kann, sondern sich gewaltsam umherwirft und oft heftig aus dem Bette stürzt, krampfartig nach der Kehle oder nach der Zunge greift, gleichsam als wenn er das Hinderniss der Respiration entfernen wolle; die Augen bekommen einen wilden Ausdruck und werden blutig unterlaufen. Noch später hören Remissionen und Husten ganz auf; die Dyspnoe nimmt dagegen zu und wird anhaltend; Exspiration und Inspiration werden mühsamer, geräuschvoller und lauter; der Kopf wird stark hintenüber gezogen, die Brust hebt sich gewaltsam, der Larynx wird bei der Inspiration tief gegen das Brustbein hinab gezogen, und bei der Exspiration wieder aufwärts und vorwärts gegen das Kinn hin gehoben; die Bauchmuskeln und das Zwerchfell arbeiten bei jedem Athemzuge heftig; das untere Ende des Brustbeines und die Rippenknorpel werden tief einwärts gezogen; alle Mittel, welche dem Kranken zu Gebote stehen, werden von ihm angstvoll in Anspruch genommen, um die auf's Aeusserste gestörte und mühevolle Respirationsthätigkeit zu erleichtern; sein Gesicht nimmt den Ausdruck

der höchsten Verzweiflung an. Die gewaltsamen Bewegungen nehmen allmählig ab und werden durch einen ruhigen Zustand von Ermattung ersetzt, die Extremitäten werden kalt; es bricht ein klebriger Schweiss aus, die Respiration wird ausserordentlich kurz und hastig, der Puls wird unregelmässig, vibrirend, fast unfühlbar, das Gefühlsvermögen erlischt. Es stellt sich ein betäubungsähnlicher, bisweilen völlig komatöser Zustand ein, der gräßliche Kampf nähert sich seinem Ende und tritt der Tod bald ruhig und still unter zunehmender Erschöpfung, bald, obgleich selten, unter Konvulsionen ein. — Bei den Hustenanfällen kommt im Anfange der Krankheit ein dünnes, schäumiges, späterhin ein mehr zähes, mitunter blutig gestreiftes Sekret, welches mit Exsudatflocken gemischt ist, hervor. Den Husten begleitet manchmal Erbrechen, wonach eine gelegentliche Erleichterung erfolgt. Die Geistesfunktionen bleiben bis zu den letzten Stunden ungetrübt. —

Glücklicherweise bietet der Krup nicht immer dieses grauenvolle Bild dar. Durch zeitig angewendete, zweckmässige Behandlung geschieht es nämlich nicht selten, dass die Symptome schnell gemindert werden. Das Fieber und die Unruhe werden gelinder, die Respiration wird ruhiger, weniger beschwerlich und der Husten verliert viel von seiner Eigenthümlichkeit. Ein gelind zischendes Geräusch bei der Inspiration und etwas Heiserkeit sind die einzigen Zeichen, welche die noch vorhandene Gefahr verrathen. Diese Besserung, welche oft bloss scheinbar ist, kann Stunden, sogar einen Tag lang fortdauern, kann in Genesung übergehen, kann aber auch ganz plötzlich, ohne irgend eine bestimmte, entdeckbare Ursache in den Zustand übergehen, den ich oben beschrieben habe, und darf der Arzt sich daher niemals durch irgend welche falsche Hoffnungen täuschen oder in Unthätigkeit eine kostbare Zeit verstreichen lassen, sondern muss er immer auf seiner Hut sein und mit allen ihm bekannten Mitteln das Uebel zu bekämpfen suchen.

Die Symptome, durch welche sich der Krup auszeichnet, sind von den meisten Schriftstellern in wesentliche und zufällige getheilt worden, zu welchen Hwasser noch

eine Unterabtheilung von „wesentlichen, aber nicht beständig vorkommenden“ hinzufügte. — Ohne Rücksicht auf irgend eine Eintheilung will ich dieselben nun genau in der Ordnung, in welcher sie am häufigsten vorkommen, so wie in dem Masse, in welchem sie mehr oder weniger als den Charakter der Krankheit bestimmend angesehen werden können, untersuchen.

1) Veränderung der Stimme tritt vom Anfange der Krankheit ein und dauert bis zu ihrem Ende oder bleibt auch wohl noch vorhanden, wenn der Kranke im Uebrigen völlig hergestellt ist. Eine Menge Schriftsteller haben bei den Beschreibungen die Modifikation der Stimme mit dem Tone beim Husten verwechselt und haben sie dieselbe daher auch krupal genannt, und sie mit den wohlbekannten Lauten gewisser Thiere, junger Hunde, Hähne u. s. w. verglichen. Dieses ist jedoch irrig, denn etwas für den Krup durchaus Eigenthümliches bietet dieselbe nicht dar. Eine eben solche Veränderung kann nämlich bei der gewöhnlichen katarrhalischen Laryngitis, bei verschiedenen Formen der Angina, bei Phthisis, Syphilis u. s. w. stattfinden. Das rasche Ueberhandnehmen der Heiserkeit, der heftige Wechsel zwischen tiefen, schnarrenden und hohen, gellenden Diskanttönen, so wie die schliesslich eintretende Aphonie sind die Zeichen, welche auf Krup hindeuten und als für denselben mehr eigen angesehen werden können. Bevor die Aphonie vollständig wird, flüstern die kleinen Kranken die Wörter so leise, dass man die grösste Mühe hat, dieselben zu hören und zu verstehen. Nach Brewer und de la Roche soll die Ursache davon oft der Schmerz im Larynx sein, welcher durch lautes Sprechen hervorgerufen wird. Der Laut der Stimme nimmt nicht in einer stetigen und gleichmässigen Progression ab. Bisweilen geschieht es nach Erbrechen und Husten, besonders wenn Pseudomembranen ausgehustet werden, dass der normale Laut auf längere oder kürzere Zeit wiederkehrt. —

Was die Ursachen der Veränderung der Stimme anlangt, so sind darüber verschiedene Meinungen ausgesprochen worden. Einige Schriftsteller haben die Veranlassung dazu in der Entzündung und in dem vermehrten Blutzuflusse zur Schleimhaut, Andere

in dem Exsudate, Andere in Infiltration in der Schleimhaut und im Zellgewebe, Andere im Krampfe und Niemeyer und Schlautmann in Paralyse und Oedem gesucht. — Wenn eine von diesen Ansichten ausschliesslich und allein für sich als Ursache betrachtet wird, so ist solches ohne Zweifel unrichtig. Am wahrscheinlichsten ist es wohl, dass mehrere Momente zusammenwirken; Entzündung, Anschwellung der Schleimhaut, Exsudatbildung, Oedem, Paralyse stehen in so nahem Verhältnisse zu einander, dass sie, wenn es sich um die Frage von der Wirkung, welche in Folge ihrer gemeinsamen Aktion auf das kranke Organ entstehen kann und muss, handelt, nicht geschieden werden können oder dürfen. Ohne Zweifel trägt jede derselben verhältnissmässig zur Hervorrufung sowohl dieses als der anderen Symptome im Krup bei. Der Krampf dürfte dagegen aus Gründen, die weiter unten angeführt werden sollen, einen weit geringeren Einfluss auf die Lautveränderung ausüben, als man bisher im Allgemeinen angenommen hat.

Schlautmann hat in einer Dissertation *„De causa dyspnoeae et suffocationis in Laryngitide exsudativa“* seine oder vielmehr Niemeyer's Ansicht über die Paralyse und das Kollateralödem als Ursachen verschiedener im Krup am meisten hervorstechenden Symptome auseinandergesetzt, und da dieselbe alle Aufmerksamkeit verdient, so erlaube ich es mir, daraus das Wichtigste mitzutheilen. Nachdem er die drei wichtigsten Symptome im Krup, Veränderung der Stimme, den eigenthümlichen Husten und die Dyspnoe angeführt hat, ruft Schlautmann aus: „Wunderbar übereinstimmend, ja identisch mit diesen Symptomen sind die, welche entstehen, wenn eine Paralysis glottidis auf andere Weise zu Stande kommt.“ So führt er z. B. in voller Uebereinstimmung hiermit die Beobachtungen an, welche Wundt in Müller's Archiv von Hunden und Kaninchen, denen er den Vagus durchschnitten hatte, mitgetheilt hat. Der Zustand und das Benehmen dieser Thiere, beschreibt er, sei Unruhe, Angst und Athemnoth, so wie Anstrengungen, um letztere zu beseitigen: ausgestreckter Hals mit aufgerichtetem Kopfe, gewaltsame Bewegungen der Nasenflügel, angestrengte Thätig-

keit in den Respirationsmuskeln, verlängerte Inspiration, begleitet von einem eigenen zischenden oder rasselnden Geräusche, welches vom Larynx auszugehen scheint und in der Ferne gehört wird. Weiter wird angeführt, dass die Athemnoth immer grösser wird, dass das Thier eigenthümliche Stellungen annimmt und die sonderbarsten Bewegungen und Sprünge macht, so wie dass es kurz vor dem Tode von Konvulsionen befallen wird. — Schiff schildert in Griesinger's Archiv dieselbe Erscheinung nach der Durchschneidung der Nervi recurrentes und vergleicht das verlängerte Inspirationsgeräusch bei Kaninchen mit einem Sägegeräusche. Mendelsohn nennt es „Krupinspiration."

Der Ton beim Sprechen und Husten, sagt Schlautmann weiter, ist tief und heiser, wenn er auch manchmal zufällig in einen hohen überspringt. Müller und Valentin haben bewiesen, dass, je stärker und höher die Stimme ist, die Ligamente und Muskeln um so stärker gespannt sind, gleichsam wie auf einem Saiteninstrumente. Durch den Krampf der Stimmritze können daher die tiefen, heiseren Töne im Krup durchaus nicht erklärt werden. Valentin sagt: Glottis respiratoria kann durch die Musc. arytaenoidei transversi geschlossen werden, ohne dass die Ligamenta vocalia gespannt werden, aber dieses ist nicht möglich mit der Glottis vocalis, denn die Muskeln, welche zusammen Verengerung der Glottis vocalis bewirken, bringen auf gleiche Weise eine stärkere Spannung der Ligamenta vocalia hervor.

Der zufällig hohe Ton, welcher gegen Lähmung spricht, wird durch die heftige Exspiration beim Husten und Schreien erklärt; sonst kommt er nicht vor. — Die Heiserkeit ist anhaltend; wenn sie auf Krampf beruhen sollte, so würde sie intermittirend sein. Sie bleibt, so lange als das Oedem vorhanden, und oft noch länger.

2) Der Husten, der gewöhnlich krupal genannt wird, ist konstant im Krup, dürfte aber nicht immer das erste Auftreten der Krankheit bezeichnen, sondern stellt sich manchmal erst nach dem Fieber und anderen Symptomen ein. Es ist unmöglich, diesen Husten so beschreiben zu können, dass man ihn bloss dadurch von allen anderen Formen desselben

unterscheiden könnte. Man hat denselben, wie schon erwähnt, mit dem Laute von verschiedenen Thieren verglichen, aber wenn auch manchmal eine solche Vergleichung treffend sein sollte, so ist doch gewiss, dass der Husten nicht so charakteristisch ist, um aus ihm allein den Krup zu erkennen.

Der oft geäusserten Behauptung, dass Derjenige, welcher einmal einen Kruphusten gehört hat, später sich niemals in dieser Krankheit irren könne, liegt keine Wahrheit zum Grunde. Der Husten ist heiser, rauh und hohl, hat einen Kehlton, variirt aber sehr, sowohl hinsichtlich des Tones und der Stärke als der Frequenz. Gegen Ende der Krankheit hört er auf, weshalb man es für ein gutes Zeichen hält, wenn der Husten häufiger und das Aufhusten reichlicher wird. Durch Körper- und Gemüthsbewegungen, so wie durch's Trinken wird er erregt. Während des Schlafes oder, vielleicht richtiger, beim Aufwachen aus dem Schlafe stellt er sich oft ein. Der Ton des Hustens verändert sich, wenn Pseudomembranen ausgehustet werden. — Was die Ursachen desselben anbelangt, so verweise ich auf das, was eben über die Veränderung der Stimme gesagt ist.

3) Lautveränderung bei der Inspiration, welche mit einem Sägegeräusche verglichen wird, gehört zu den konstanten Symptomen, variirt jedoch hinsichtlich der Stärke und der Zeit ihres Auftretens. Sie wird nicht früher als die beiden vorher erwähnten Symptome bemerkt, und gibt sie Bildung von Exsudat oder Pseudomembran zu erkennen. Die Inspiration ist verlängert, und die Exspiration relativ kurz, ebenfalls etwas tönend, blasend und zischend.

4) Der Respirationsakt: eine mehr oder weniger heftige Dyspnoe, ist ein wesentliches Symptom des Krupes, welches niemals ausbleibt. Sie stellt sich gleichzeitig mit den vorhergehenden Symptomen oder etwas früher als dieselben ein, kann anhaltend sein oder in Paroxysmen vorkommen. Gewöhnlich ist sie anhaltend, ist aber, wie die Krankheit im Ganzen, Exazerbationen und Remissionen unterworfen, und steigert sich oft zu wirklichen Erstickungsanfällen, die durch den Husten, die Unruhe, durch Zornigwerden der Kranken, durch Trinken, veränderte Lage u. s. w. hervorgerufen werden.

Dergleichen Anfälle sind erschrecklich und grauenvoll sowohl für den Kranken als für seine Umgebung und bilden das widerlichste und scheusslichste Moment im Krup. — In dem Augenblicke, in welchem der Anfall beginnt, richtet sich der Kranke mit einem Ausdrucke von Verzweiflung in den wild stierenden Augen auf, die Nasenflügel werden ausgedehnt und arbeiten gewaltsam, das Gesicht schwillt an und bekommt eine roth-violette Farbe. Die Dyspnoe steigert sich und wird entsetzlich, die Respiration wird röchelnd, und jeden Augenblick droht Erstickung mit der peinlichen Angst und dem qualvollen Leiden, welche dieselbe immer begleiten, den Kranken um's Leben zu bringen. Während der Zeit wird der Kopf stark hintenüber gezogen, um die Luftröhre zu verlängern, und so viel als möglich einen freieren Zugang von Luft zu verschaffen; der Kranke strengt alle seine Kräfte an, damit einige schwache Inspirationen zu Stande kommen, der Hals und die Gefässe an demselben schwellen an, der Puls wird schwach, fast unfühlbar und intermittirend; es scheint, als wenn die Augen aus ihren Höhlen hervordringen würden, sie rollen hin und her, oder ziehen sich krampfhaft nach oben; der Körper wird mit einem kalten und klebrigen Schweisse bedeckt. — Solche Anfälle können einige Minuten bis zu einer Viertelstunde, selten länger, währen, worauf die heftigsten Symptome anfangen abzunehmen und endlich aufhören, so dass ein Zustand von äusserster Schwäche und Erschlaffung eintritt. — Glücklicherweise sind diese Anfälle nicht immer so gewaltsam, treten in ihrer ausgebildetsten Form nicht eher auf, als bis die Krankheit ihre Höhe erreicht hat, und hören am letzten Tage oder doch einige Stunden vor dem Tode auf.

Im Allgemeinen hat man gemeint, die nächste Ursache der Anfälle in Entzündung und ihren Folgen, in Blutüberfüllung, Infiltration und Anschwellung der Schleimhaut und Exsudate, ganz besonders aber im Krampfe, suchen zu müssen, welche letzte Ansicht sich vorzüglich auf das Periodische in den Anfällen stützt.

Schlautmann hält Oedem und Paralyse für die nächste Ursache der Anfälle. Durch Experimente an Thieren ist dar-

gethan worden, dass die gelähmte Glottis sich bei der Inspiration zusammenzieht, und zwar in demselben Verhältnisse, in welchem die Inspiration kräftig ist, vollständig. Die Dyspnoe ist daher bei Thieren, denen die Glottis gelähmt worden ist, am stärksten, wenn sie gereizt oder beunruhigt werden, am gelindesten, wenn sie ruhig respiriren. Ebenso verhält es sich mit Krupkranken. Die Inspiration ist verlängert und pfeifend wie bei jeder Laryngostenosis und in dem Verhältnisse mühsam, in welchem der Kranke in einem mehr oder weniger aufgeregten Zustande sich befindet, woraus auch die scheinbaren Intermissionen erklärt werden. So lange der Kranke ruhig ist, erhält sich die Respiration ebenso; wird er aber aufgeregt, hustet oder weint er, so stellt sich ein Anfall ein, denn in demselben Augenblicke macht er eine kräftige Inspiration, die Luftschicht unter der Glottis wird verdünnt, und die einströmende Luft bewirkt Zusammenziehung der schlaffen Ligamente der Glottis. Darauf beruht auch das Auftreten der Anfälle bei Nacht, denn wenn der Mensch erwacht, geschieht Solches mit einer tiefen Inspiration. So ist es auch mit dem an Krup leidenden Kinde der Fall, welches durch die tiefe Inspiration beim Erwachen eine Verengerung der Glottis hervorruft. — Ein anderer Grund für die Exazerbation und Remission liegt in dem Entzündungsprozesse selbst; derselbe nimmt nämlich gegen Abend an Intensität zu, und werden denn auch die Wirkungen davon (Kollateralödem und Lähmung) gesteigert.

Diese von Schlautmann ausgesprochene hier eben mitgetheilte Ansicht kann wohl nicht als völlig bewiesen angesehen werden, scheint mir aber doch alle Aufmerksamkeit zu verdienen, indem sie besser und auf eine mehr befriedigende Weise manche der wichtigsten Symptome des Krups erklärt, als irgend eine andere.

5) Ein Symptom, welches, obgleich nicht konstant, doch von äusserster Wichtigkeit ist, ist das Aufhusten von Pseudomembranen oder Exsudatflocken. Dieses ist nämlich das einzige an und für sich völlig bestimmende und entscheidende Symptom des Krups. Es kann natürlicherweise nicht eher wahrgenommen werden, als bis die Krank-

heit völlig **ausgebildet ist**, kommt nicht immer vor, und wird oft übersehen, **wenn** nicht das ganze Rohr oder bedeutende Stücke des **Exsudates** aufgehustet werden. Kleine Kinder husten oft **Exsudatstücke** auf, verschlucken dieselben aber sofort, wenn sie in den Mund kommen, wodurch es denn geschieht, dass sie sich der Aufmerksamkeit entziehen. Es könnte wohl scheinen, als wenn die Krankheit durch das Aufhusten der Pseudomembran gehoben oder wenigstens bedeutend gemildert werden müsse. Solches ist inzwischen nicht immer der Fall. Denn wenn auch eine zufällige Linderung der Dyspnoe dadurch gewonnen wird, so nimmt diese sowohl als auch die übrigen Symptome bald ihre frühere Intensität dadurch wieder an, dass die Pseudomembran in ganz kurzer Zeit neuerdings wieder gebildet wird. Ich erinnere mich eines Falles, in welchem feste, röhrenförmige Pseudomembranen, die deutlich aus der Luftröhre herkamen, drei Tage hinter einander in Zwischenzeit von 24 Stunden ausgehustet wurden, ehe eigentliche Besserung eintrat. Wenn das Aufhusten im Anfange der Krankheit erfolgt, so wird die Pseudomembran rascher wieder gebildet, gegen Ende der Krankheit bildet sie sich aber langsamer und unvollständiger wieder. — Alles, was aufgehustet wird, muss genau untersucht werden, und nicht bloss mit unbewaffneten Augen, sondern auch mikroskopisch, wenn man über die Beschaffenheit desselben ungewiss ist.

6) Schmerz im Larynx und Auftreibung desselben sind Symptome, welche wahrscheinlich nicht immer vorgefunden oder wenigstens nicht immer konstatirt werden können. Man sagt allerdings, dass die Bewegungen der kleinen Kranken mit den Händen, die sie oft an den Kehlkopf bringen, und denselben krampfhaft umfassen, auf einen lebhaften Schmerz in demselben hindeuten sollen. Diese Bewegungen dürften denn doch wohl als durch die Athemnoth hervorgerufen betrachtet werden können, denn man bemerkt dieselben nur während der gewaltsamsten Anfälle derselben, und wird eine Stelle, die heftig schmerzt, gewöhnlich aus Berechnung oder Instinkt unberührt gelassen, weil jede Manipulation derselben den Schmerz nur steigert. In Verbindung mit der

Athemnoth dürfte dagegen ein Gefühl von Erwürgung selten oder niemals ausbleiben, obgleich die Kranken es nicht verstehen, darüber genaue Auskunft zu geben.

7) Fieber fehlt niemals. Dasselbe tritt vom Anfange der Krankheit an auf, jedoch selten oder niemals mit solcher Gewalt und Intensität, wie z. B. in der Pleuritis und Pneumonie, und währt im ganzen Verlaufe der Krankheit, jedoch mit Exazerbationen und Remissionen, fort. Die Hitze ist nicht die unbehaglich brennende wie in den zuletzt genannten Krankheiten oder im Scharlach, und wird der Puls erst gegen Ende oder während der heftigen Anfälle zu irgend einer sonderlichen Frequenz gesteigert. Alsdann wird er auch oftmals unregelmässig, klein und schwach. Die Beschaffenheit der Haut ist verschieden; bald ist sie trocken, bald während der überhandnehmenden Dyspnoe feucht; während der schwereren Anfälle und gegen Ende der Krankheit ist sie mit einem kalten, klebrigen Schweisse bedeckt, besonders im Gesichte, dessen Farbe im Anfange lebhaft roth ist, allmählig und meistens während des Anfalles in's Violette übergeht, und am Ende, wenn dieser aufhört, bleich und weiss wird. Verschiedene Veränderungen im Bereiche des Nervensystemes sind auch angeführt worden, nämlich: Krampf in der Luftröhre, ausserordentliche Unruhe und Reizbarkeit, manchmal Konvulsionen, und während der letzten Stunden Somnolenz oder ein betäubungsähnlicher Zustand, so wie vor allen Dingen Anästhesie. Was den Krampf betrifft, so ist derselbe jedoch, wie oben angeführt wurde, aus guten Gründen bestritten und widerlegt worden; Unruhe und Reizbarkeit dürften wohl in jeder Krankheit, in welcher Erstickung einzutreten droht, sich zeigen; ebenso werden sich in solcher im gewissen Grade auch Somnolenz und Anästhesie finden, die auf fehlerhafter Hämatose und Kohlensäurevergiftung beruhen. Alle diese Symptome sind sonach theils keine für den Krup wesentliche und bestimmende, theils sekundäre, weshalb denselben kein sonderliches Gewicht beigelegt werden kann. Ebenso verhält es sich auch mit einer Menge Symptome von anderen Organen (besonders des Unterleibes und Urogenitalsystemes), welche daher mit Grund hier übergangen werden können.

Aus der physikalischen Untersuchung lässt sich beim Krup kein bestimmtes Urtheil hernehmen. Dasselbe Geräusch, welches man aus der Entfernung hört, wenn der Kranke athmet, hört man auch bei der Auskultation, wiewohl noch mehr verstärkt; im Uebrigen werden öfters dasselbe Geräusch und die Veränderungen desselben wie in der Bronchitis capillaris vernommen. Barth sagt allerdings, dass, wenn man das Stethoskop auf den Larynx setzt, man eine Art von Schwingung, gleichsam als wenn ein beweglicher Lappen oder eine Klappe durch die Luft in Bewegung gesetzt sei, bemerke, und dass dieses unfehlbar das Vorhandensein von lose gewordenen Pseudomembranen anzeige. Wenn sich dieses Phänomen nur auf den Larynx beschränkt, so soll die Prognose besser sein, hört man es aber auch in der Trachea und in den Bronchien, so ist sie schlimmer, denn dann hat das Exsudat eine grössere Ausdehnung. Was mich anbelangt, so habe ich dieses Phänomen nicht beobachtet, vermuthe aber, dass dasselbe nur mit der grössten Schwierigkeit von dem groben, schwirrenden Geräusche, welches wir bei jeder Trachealbronchitis mit Absonderung von zähem, grobblasigem Schleime hören, sich wird unterscheiden lassen können.

(Schluss folgt.)

Die Kinderkrankheiten der Chinesen. (Im Auszuge.) Von Dr. S. Pappenheim, prakt. Arzte u. s. w. in Berlin.

Im ehevorigen Jahre erschien ein Werk von Dabry über die Arzneikunst der Chinesen, welches durch seinen Umfang alle vorangegangenen, ähnlichen Mittheilungen bei weitem übertrifft, und durch einige neue Resultate Ueberraschung erregt hat. Allein weit mehr gefiel dieses Buch in ausserärztlichen Kreisen, und wohl mit Recht, da der Verfasser seine naturhistorischen, in demselben aufgestellten Behauptungen durch Vorzeigung mitgebrachter, äusserst zahlreicher Objekte aus allen 3 Reichen zu belegen, und deren

werthschätzende Aufnahme sich zu sichern verstand. **Dabry**, französischer Konsul in China, kehrte, nachdem er persönlich in Paris Rechenschaft über seine Mission abgelegt hatte, nach Zurücklassung von 450 Pflanzen und Mineralien, nebst einer schätzenswerthen Sammlung von Thieren, zu seiner amtlichen Bestimmung zurück, um von dort aus seinen erfolgreichen Bemühungen eine weitere Ausdehnung zu geben. Sein gedrucktes Werk beschäftigt sich zum grossen Theile mit der inneren Heilkunde, Pulslehre und Akupunktur, und umfasst in ihr als 3 gesonderte Abschnitte die Krankheiten der Erwachsenen überhaupt, wobei die Syphilis als äussere Krankheit aufgezählt wird, die Frauen- und Kinderkrankheiten, und zum Schlusse einen Traktat über Thierheilkunde. Ganz speziell sind die Vergiftungen vorgeführt, die einfachen und nahe an 500 zusammengesetzte Arzneiformeln genannt, von denen man vordem nur sehr wenige Bruchstücke gekannt hatte.

Die Geschichte der Krankheiten*), so schien es mir anfangs, müsste aus solchen Arbeiten des höchsten Alters einen ansehnlichen Erfolg erndten. Sind die Krankheiten unserer Tage schon im Alterthume vorhanden gewesen, aber nicht in identischer Form zu finden, so geht daraus hervor, dass sie, wie alle ärztlichen Praktiker von Bedeutung das von jeher mit mehr oder weniger Begründung ausgesprochen haben, mit der Zeit und durch das Klima Veränderungen erlitten. Sie bestanden also entweder in elementarer Gestalt, und fügten sich Element auf Element zu, vielleicht unter gleichzeitiger Abscheidung einzelner von älterem Datum, und erreichten am Ende einen etwas grösseren Umfang, als bei ihrem ersten Auftreten. In diesem Sinne wäre es möglich, anzunehmen, auch die Syphilis habe von alten Zeiten her bestanden, und zu Columbus' Tagen sich eine pathologische Beithat erworben, durch welche sie ihre knochenzerstörende Eigenschaft erhielt.

---

*) Salter hat gegen den kürzlich von Horace Dobell gebrauchten Ausdruck Naturgeschichte der Krankheiten, — doch ohne Grund, disputirt. Der Begriff ergäbe sich von selbst daher richtig. Aber wohl mag der Plan daran scheitern, dass die geeigneten Grundlagen nicht zu schaffen sind.

Oder gab es Krankheiten, die in ihrem Ursprunge monströser waren und mit dem Verlaufe des Jahres an Heftigkeit nachliessen, wie vielleicht die Pest, deren Erlöschen man anzunehmen scheint? Ganz entschieden kennen wir neue Krankheiten, wie den (von Salisbury beschriebenen) masernähnlichen Ausschlag, durch Wirkung in der Luft zerstreuter kryptogamischer Vegetabilien, oder das, durch amerikanisches Steinöl erzeugte Exanthem, so wie alle diejenigen Krankheiten, welche durch moderne Beschäftigungen mit Mineralien und neu entdeckten Metallen erzeugt worden sind, und endlich wäre man noch nicht berechtigt, hinwegzuleugnen, dass einzelne höchst langlebige Affektionen nur mehr oder minder vorübergehende Abänderungen erfahren hätten. So scheinbar gleichberechtigt ich die Metamorphose (Syphilis und Lepra) und die pro- und regressive Entwickelung den Krankheiten und den Thieren vindizire, so bemerkt man doch den Unterschied, dass Neubildungen ganzer Gestalten mit selbstständiger Lebensfähigkeit nur im nosologischen Gebiete vorhanden seien. Agassiz sah Fischspezies in einander übergehen, seine Vorgänger Polypen in Medusen, aber Niemand auch nur eine neue Monadenform in die Welt treten, die nicht schon in der lebendigen oder paläontologischen Welt anzutreffen wäre.

Es begreift sich leicht, dass die Forschung ein sehr breites Feld gewinnen kann mitten im Gewimmel unserer unerschöpflichen, aber leider oft mehr glänzenden als gediegenen Tagesliteratur. Aber das fordert vor Allem Klarheit darüber, ob alle Prämissen auch in Ordnung sind.

Hier stossen wir auf ein grosses Hinderniss. Dabry, äusserst kurz in seinen Citaten, begnügt sich mit der Nennung einiger Werke, aus denen er geschöpft habe, und betont vor allen dasjenige des Kaisers Hoangty. Nun ist dieses eine historisch bezweifelte Persönlichkeit, welcher man einen grösseren Spielraum ertheilt als der genannte Konsul, der sie 2637 Jahre vor Christo, also vor Abraham selbst, leben lässt, und trifft in eine Epoche, aus welcher wir beglaubigterweise kein wissenschaftlich chinesisches Werk vorzuzeigen haben.

Noch gilt der Satz, dass im 3. Jahrhunderte vor Christo

alle chinesischen Schriften verbrannt seien, und wenn Dabry hierzu bemerkt, die des Hoangty wären bis dahin im Gedächtnisse geblieben und dann niedergeschrieben worden, so enthält diese Behauptung allerdings nicht so viel Auffallendes als man für den ersten Augenblick erwarten sollte, denn ich habe eine Persönlichkeit gekannt, welche weit umfangreichere Werke als die des genannten Kaisers auswendig gelernt hatte; aber Dabry kann den anderen Widerspruch nicht tilgen, dass man die Handlungen und Thaten der Kaiser nie bei deren Lebzeiten, sondern erst nach ihrem Tode und nach dem Aussterben ihres ganzen Stammes aufgezeichnet habe. Hierdurch gelangen wir in ein Labyrinth von Zweifeln, welches auf Grund der Lehren von Klaproth's und Schott's gestattet ist und nur durch Historiker von Fach sich beseitigen liesse.

Für jetzt könnte es also nicht als ausgemachte Wahrheit angenommen werden, dass Dabry's Mittheilungen in der That aus der höchsten Antiquität geschöpft seien, und hierzu, so scheint es mir, müssen wir den Umstand rechnen, dass der Stil nicht jene Konzinnität und Präzision besitzt, welche wir in den übrig gebliebenen Schriften aller klassischen Nationen bemerken können.

Die Syphilis — spricht unser Gewährsmann — gehört der Zeit Hoangty's an. Man muss sich aber wundern, dass es damals so feste Erfahrungen gegeben habe, dass man die Dauer einer Affektion und deren Heilung durch bestimmte Mittel, unter denen sich viele sehr zusammengesetzte befinden, bis auf Tage berechnen konnte; denn dieses setzt mit Entschiedenheit voraus, dass Syphilis schon in einer vorhoangtischen Zeit bekannt war, in welcher man die vorbereitenden, pathologischen Erfahrungen sammelte. Dann müsste sie auch in den ägyptischen Denkmalen der Vorzeit zu bemerken sein, und der ärztliche, ägyptische Papyrus sie, was er nicht thut, erwähnen. Der scharfsinnige Präsident der londoner so hoch geschätzten, anthropologischen Gesellschaft hat mit Recht darauf aufmerksam gemacht, dass ein von Syphilis zerstörter Knochenschädel zum Beweise jener Behauptung gehöre, dass die Syphilis einer vorcolumbischen Epoche entstamme,

und dieses Kriterium ist so scharfsinnig, dass es, trotz aller, von Dabry erwähnten Knochenschmerzen, trotz aller dargestellten Verwandtschaft mit Lepra, die so ausführlich gegeben ist, dass man meinen sollte, Hoangty sei die vollständige Bestätigung der von Prof. Hirsch vorgetragenen Lehrsätze über das Bestehen der Syphilis seit ältester Zeit — dennoch zu der Ueberzeugung leitet, dass Dabry, Hirsch und der Verfasser des jüngsten Aufsatzes über den hindostanischen Ursprung der Syphilis den Beweis für ihre übereinstimmenden Behauptungen schuldig geblieben sind. Ich habe angedeutet, dass man dem londoner Einwurfe durch meine obige Hypothese begegnen könne, aber die Wahrheit der Hypothese wartet in diesem Augenblicke noch auf ihre Bekräftigung.

Weiter muss man sich fragen: warum ist denn die Syphilis nicht unter die Kinderkrankheiten aufgenommen, warum liegt hier kein Studium über den Ursprung von Vater oder Mutter vor, und warum hat dieser so ernste Punkt erst in den Händen russischer Aerzte, dann denen v. Bärensprung's, Langlebert's, Davasse's, der den dabry'schen Lehrsatz der Antiquität indirekt leugnet, zu einigen befriedigenden Resultaten führen können, und warum ist die Syphilis innerer Organe nicht frühzeitig Gegenstand der ärztlichen Beobachtung gewesen? Ja, setze ich hinzu, Baco von Verulam, der die Erfolge seiner Reise nach China in seinem Atlas novus mit grosser Ausführlichkeit bespricht, erzählt uns nichts von solcher antichristlichen Bekanntschaft der Sinesen mit der Lues. Alle diese Umstände werfen daher einen ernsten Verdacht auf die Glaubwürdigkeit der genannten Dabry'schen Behauptungen, und gestatten es zur Zeit noch nicht, seine Abhandlung über die Krankheiten der Kinder von dem historischen Gesichtspunkte aus aufzufassen, den wir für einen nicht unergiebigen halten dürfen.

Seine Abhandlung hätte also bloss einen praktischen Werth und würde uns lehren, wie Chinesen im Erkennen und Behandeln ihr Verfahren einrichten. Das thut sie in reichlichem Maasse; allein auch hier wird es uns erlaubt sein, einen kleinen Vorrath von Einwänden vorzuschieben. Sie ist

keine ihr Gebiet völlig umfassende Schrift. Aber hat West es denn anders gethan, und wird nicht seine Arbeit in unseren Tagen für eine schulgiltige gehalten, so viel sie auch durch Bednar's Leistungen überflügelt ist? Wir besitzen auf der Berliner k. Bibliothek in der von Fr. W. IV gegründeten Sammlung eine Spezialschrift über Krankheiten der Neugeborenen: *Paou ying pa che,* in welcher Krankengeschichten erzählt werden, die man in Dabry vermisst; wir besitzen ein 2tes Werk *(Tschang schi yi t'ang)*, in welchem gleichfalls eine Rubrik demselben pathologischen Gebiete gewidmet ist, und keine dieser beiden Schriften ist von dem Konsul benutzt worden, oder ihm nur bekannt gewesen, ja es ergibt sich aus anderem Vorrathe, dass Dabry viele Krankheiten und einzelne Affektionen nicht genannt habe, von denen wir jedenfalls die nationale Bezeichnung und bisweilen die nähere Schilderung haben. Endlich hat er viele Punkte, die in der sinesischen Kinderwelt gang und gäbe sind, wie das von Morache geschilderte Verfahren zur Bereitung weiblicher, chinesischer Modefüsse, nicht im Geringsten bemerklich gemacht.

Was er daher gibt, ist nur ein Abriss, Auszug, und dieser wiederum keinesweges systematisch so geordnet, dass man sagen dürfte, der Verfasser habe die Absicht gehabt, etwas Vollständiges zu liefern. Ausserdem ist die Beschreibung so lückenhaft, dass es fast in der Mehrzahl unmöglich ist, eine genaue Diagnose zu stellen und in einzelnen Fällen muss man sich geradezu fragen: sind hier nur Stadien, Modifikationen einzelner Symptome gemeint, oder hat man diese ernstlich für eine besondere Krankheit gehalten? Der Leser wird es mir hiernach zugeben, dass ich dem öffentlichen Vorurtheile gegen chinesische Heilkunde keinesweges aus Befangenheit für deren werthvolle Eigenschaften entgegentrete. Ich stehe im Gegentheile, auf Seiten der allgemeinen, öffentlichen Meinung, die alles Chinesische mit Misstrauen betrachtet, halte es aber dennoch nicht für überflüssig, zu Widerlegung mancher falschen, bis in die neueste Zeit reichenden Meinungen, das Folgende, mit Erlaubniss des geneigten Praktikers und Redakteurs dieser Zeitschrift, herauszugeben. —

Der uns in Anspruch nehmende Traktat umfasst etwa 56 (57) Krankheitsarten, davon viele wieder Unterabtheilungen aufzuweisen haben, so dass im Ganzen fast eine Centurie beschrieben ist; es ist also quantitativ und, wie wir bald sehen werden, auch qualitativ, nur ein ganz kleiner Bruchtheil des pädiatrischen Wissens und von ganz elementarer Natur. Hier das Verzeichniss.

1) *Lao ty han.*
2) *Tsy fong,* 3 Arten.
3) *tai ping,* 10 Arten.
4) *kang kin, yeou kin.*
5) *keou ou.*
6) *nuey yu, ko ou.*
7) *Hang han.*
8) *Chang fong* (Körper durch Wind verletzt).
9) *Chang kou.*
10) *Chang che.*
11) *Kiao tchang che* (heftige Kolik).
12) *ko seon* (Husten).
13) *hia keou,* 2 Arten.
14) *ou tsy.*
15) *ngo teou,* 3 Arten.
16) *Sie tou* (Durchfall).
17) *Chang che.*
18) *Kin fong,* 2 Arten.
19) *Hien tchang* (Indigestion).
20) *kia po ho.*
21) *ty kou,* 4 Arten.
22) Kopfschmerz, 2 Arten.
23) *tien chou kou teou.*
24) Augenkrankheiten.
25) Ohr- und Nasenkrankheiten.
26) Mund- und Zahnkrankheiten.
27) *kouei py.*
28) *kouei hiong.*
29) *tan tou.*
30) *kan ping.*

31) *Sin kan* } Nierenleiden.
32) *kan kan* }
33) *py kan* } Pica und Malacie.
34) *fei kan* }
35) *chin kan.*
36) *kouei kan.*
37) *tsy kan.*
38) *mao kan.*
39) *Kan je.*
40) *Kan keou.*
41) *Kan siĕ.*
42) *Kan ly.*
43) *Ting sy kan.*
44) *pou ly kan.*
45) *long kan.*
46) *In tche.*
47) *ouen y* (temporäre und cerebrale Hemiplegie).
48) *tchong ngo.*
49) *tchong ping.*
50) *Ly tsy* (Ruhr), 5 Arten.
51) *Nio ky* (Fieber), 6 Arten.
52) *tchou hiue tchang,* 5 Arten.
53) *tchong mouan,* 3 Arten.
54) *houang tan,* 2 Arten.
55) *tchang mouan,* 4 Arten.
56) *fou tong,* 4 Arten.
57) *py tchang.*

Zur Diagnose braucht der Chinese die Palpation, die aber, Tumoren abgerechnet, in der Hauptsache, mit dem Pulsfühlen bei ihm zusammenfällt; die Auskultation in Ausnahmsfällen und zwar am Unterleibe; seine Inspektion bezieht sich mitunter auf Theile, denen wir einen Platz nicht einzuräumen wissen, und vornehmlich die Symptomatologie mit ihrer Beachtung des psychischen Verhaltens. Die Pulslehre gibt ihm viel zu thun und forderte Tsi-pe für ihr Studium einen Zeitraum von 2 Jahren. Cleyer in Frankfurt a. M. hat sie im

17 Jahrhunderte lateinisch mitgetheilt und durch Zeichnungen erläutert, Dabry hat in diesen beiden Richtungen theils Neues, theils Verbesserndes vorgebracht. In Gegenwart der Arbeiten von Marey, Mach, und der zahlreichen Deutschen, welche in deren Fusstapfen getreten sind, heisst uns die Bescheidenheit, von den asiatischen Leistungen um so mehr schweigen, als gerade in den Kinderkrankheiten, wo auch wir schon dem Herzen und den Gefässen reichlich Rechnung tragen, der Chinese einen gänzlichen Abstand nimmt, vielleicht zum Theil aus dem Grunde, weil ihm die körperliche Prüfung, Seitens des Kranken, nicht so freigebig, wie bei uns, gestattet wird.

Bei Knaben, so heisst es, befindet sich, wenn Störung der Gesundheit vorhanden ist, am Zeigefinger der linken Hand, ein kleines, sichtbares Blutgefäss, an dessen Farbe, Form und Lage man die vorliegende Läsion erkennen solle. Bei Mädchen habe man dasselbe an der rechten Hand aufzusuchen. Bald sei es weiss, bald roth, gelb, blau, oder schwarz. Anfangs könne man den Befund an dem unteren Theile des Index machen, später begebe es sich nach dem entgegengesetzten Ende, in Form einer geraden, krummen, oder gebrochenen Linie. Sehe es rosenfarben aus, so habe man es mit *Chang han* (Erkältungskrankheit, starkem Froste), oder *chang fong* (Bronchitis und Erkältungskrankheit überhaupt), oder Kopfschmerz, oder Frostschauder zu thun. Das Kind atemme sich dann gern gegen seine Amme. Jenes kleine Gefäss erscheine auch am ersten Tage am unteren Theile (— was wir den oberen nennen) des Zeigefingers, zwischen den beiden ersten Streifen der Gelenke und heisse *fong kuan*. Gewöhnlich gewinne es am folgenden Tage den Raum zwischen dem 2. und 3. Streifen und werde dann *ki kuan* genannt, wo es sein Aussehen wechselt und roth erscheint. Die rothe Farbe ist ein diagnostisches Zeichen von Erbrechen, Unterleibsblähung. Gelange es zwischen den 3. Streifen und das Ende des Fingers, so heisse es *ming kuan*, sei dann scharlachroth und komme, im Allgemeinen, bei ernsten Affektionen vor, die besonders den Magen be-

träfen, oder hartnäckige Verstopfung eigen haben, rothen Urin, Ausserathemsein und grosse Hitze. Das Kind weise die Brust zurück. — Woher dieser Rest der Chiromantie sich zu solcher Achtung emporgeschwungen habe, können wir nur errathen. Nach du Halde sind die Aerzte in China, zunächst bei Frauenkrankheiten, genöthiget, sich mit Betastung und Besichtigung des Fingers zu begnügen und in Folge dessen ihre Diagnose zu stellen. So mag diese Sitte auf die Praxis der Kinderkrankheiten, besonders der Säuglinge, sich übertragen haben, wo Bekümmerniss, dass zu rohe Handgriffe Schaden verüben, wohl nicht minder begründet, als bei uns zu Lande ist, wo man den Missbrauch des tastenden Fingers beschuldigt, bei Hernien ganz ungewöhnliche Erweiterung der Bruchpforte hervorgebracht zu haben. Ob das dreifach benannte Gefäss ein Lymphgefäss, oder was sonst sei, kann nach anatomischen Begriffen, von uns der europäischen Raçe entnommen, nicht gesagt werden, zumal Abel Rémusat, welcher diesen Gegenstand schon vor etlichen Dezennien bespricht, nichts Anderes angibt, als dass man, um die Spur zu sehen, den Finger reiben solle. Die Lage entspricht offenbar der medianen Längsfurche an der Volarfläche der 1. und 2. Phalange; für *ming kuan* finde ich aber nichts, das die Spiralvertiefungen durchkreuzt. Was Gölis von der begrenzten Röthe der Fingerspitzen, namentlich an der inneren Fläche, und von Erhabenheiten der Hohlhand sagt, die im Exsudationsstadium der hitzigen Hirnhöhlenwassersucht vorkommen, beschreibt er als purpurn und fleckig, also nicht identisch in Gestalt und Bedeutung mit dem in Rede stehenden. Nur bei ernsthaften Affektionen ist *ming kuan* scharlachroth. Es lässt sich bis jetzt nicht ausmachen, ob Kongestion, seröser Erguss, Anschoppung oder Entzündung eines Lymphgefässes hier gemeint seien. Schwieriger wird die Deutung noch, wenn wir in's Einzelne jener sogenannten Blutgefässe eingehen.

Ist *fong kuan* weiss, so kündige das Blässe, Husten, Schwäche, Abgeschlagenheit, Beklemmung an. Nach etlichen Tagen verdaue das Kind die Milch nicht. Weisses *Ki kuan* finde sich bei Schläfrigkeit und das Kind saugt dann nicht.

Weisses *ming kuan* gebe zu erkennen, ob die 4 Gliedmassen geschwollen; die Augen seien halb geschlossen, oder sähen nicht; das Kind gebe nicht Acht, nehme die Brust nicht (halbgeschlossene Augen bei Kindern kommen allerdings bei drohendem millar'schen Asthma, Hirnentzündung und Hirnwassersucht vor, stehen dann aber für uns, ohne Fingersymptome da. Vergebens wird man auch hier sich in der so spezialisirenden, trefflichen Arbeit von Steffen nach einer Erklärung oder Beachtung dieser Erscheinung umsehen). Steige nun das Gefäss immèr höher und gelange bis an's Nagelende, so gäbe das böse Prognose und die Kinder stürben.

Blaues *fong kuan* findet sich bei Sehnenhüpfen, bläulichem Gesichte, Fieber, Wechsel von Hitze und Kälte. Beim blauen *ki kuan* sind die Augen starr gen Himmel gewandt, das Kind suche beim Fassen der Brust zu beissen und ändere stets seine Lage.

(Da das Aufwärtsrichten der Augen, die Neigung zum Beissen und die unruhige Lage sich bei Zuständen von Hirnreizung finden, so liesse sich wohl irgend eine Wahrheit als semiotische Grundlage voraussetzen. Aber die blaue Farbe des Fingers bliebe dabei noch unklar.) An organische Krankheiten des Herzens und der grossen Gefässe ist hier zu denken nicht erlaubt. Bei Erwachsenen habe ich Beisssucht erlebt, wo starker Andrang des Blutes nach dem Kopfe mit Schlafsucht vorhanden war.)

Blaues *ming kuan* soll auf Konvulsionen deuten, der Kopf werde rückwärts geworfen*), die Brust verweigert.

Wird das Ende des Fingers blau, so sterben 8 von 10 Kindern.

Gelbes *fong kuan* wird bei Leibschmerz gefunden,

---

*) Die Chinesen, welche von Angesichtsgeburt nicht viel erzählen, unterscheiden hier auch nicht, ob das Symptom bei Neugeborenen, oder später vorkomme, wo es bei Hirnreizung und verwandten Affektionen, starker Tonsillenschwellung, Krup, Bronchopneumonie, Glottiskrampf u. s. w. hinreichend oft beobachtet ist.

saurem Aufstossen, stinkendem Athem, gelbem Stuhle, oder schwarzem, bläulichem und fast flüssigem, und wo der Leib gebläht. —

(Gelbe Finger hat man bei Frost, Unterleibsstockungen, Blutmangel und Kachexie gefunden.)

Gelbes *ki kuan* bei anhaltendem Weinen, launenhaftem Fassen und Loslassen der Brust und Aufregung.

(Die beiden ersten Zeichen finden sich bei Brustentzündungen, das dritte zwar auch bei Entzündung der Athmungsorgane, aber auch bei Mund- und Rachenhöhlenleiden. Bei respiratorischen Leiden müsste es also zuerst gelingen, die genannte Gelbheit zu prüfen.)

Gelbes *ming kuan* zeigt auf trommelartigen sehr schmerzhaften Leib. Das Kind, das seinen Empfindungen keinen Ausdruck zu geben vermag, hat Leibschmerz, was man an der Stirnrunzelung erkennt. — Ist gelbes Gefäss am Ende des Fingers, so führt es 8 von 10 Kindern zum Tode.

Schwarzes *fong kuan*, oder schwärzliches, ist bei schwärzlichem Gesichte, wo Augen stets offen, Zittern, Sehnenhüpfen, Abgeschlagenheit, Schwäche, Verweigerung der Brust.

(Die schwärzliche Färbung gehört zu den selteneren Erscheinungen, doch hat schon Blumenbach auf sie aufmerksam gemacht und der kürzlich verstorbene Waitz im ersten Bande seiner Anthropologie einiges Nähere, obschon nicht Befriedigende, hinzugefügt. Im Gesichte ist sie bei heftiger Gelbsucht, Milzleiden, Melaena (gerade hier aber sagt Dabry's Autor nichts von ihr), bedeutender Hemmung des Athems, Brand u. s. w. bemerkt worden. Die einzelnen Theile des hier geschilderten Symptomenkomplexes kommen zwar bei zahlreichen Störungen vor, lassen sich aber nicht auf eine bestimmte Affektion beziehen.)

Schwarzes *ki kuan* bei Durchfall, vielem Serum, geschwollenem Leibe. Schwarzes *ching kuan* lehrt, dass die Milch nicht verdaut wird, stets Diarrhoe oder Ruhr da sei, die Brust verweigert werde; wo am Fingerende, da sterben 8 von 10.

Die Behandlung der Neugeborenen.

Sobald nun das Kind geboren ist, muss der Nabelstrang sofort abgeschnitten werden. Hierauf gehe der, mit etwas Baumwolle umwickelte Finger in den Mund und nehme, mittelst des Nagels, eine Art Tumor weg (soll wohl nur Schleimanhäufung bedeuten), der sich auf der Zunge befindet. Hernach wasche man den Körper mit lauem Wasser*) (Busch empfiehlt hierzu die Temperatur von 28 bis 29° R.) und hülle 2 bis 3 Tage lang das Kind in Windeln ein. Am 4. Tage aber wasche man den ganzen Körper mit Wasser, worin 36 Gramm Meerrettig und 11,04 Gramm *hoa kio* sich befinden (ob gekocht, wird nicht angegeben); dann nehme man eine Meerrettigkauterisation am Insertionsende des Nabelstranges vor, lege Baumwolle darüber, wechsle die Windeln und führe Meerrettigkauterisationen auf den oberen Theil des Kopfes, an dem Vereinigungspunkte der Knochen aus **). —

---

*) Der Zigeuner begiesst das Kind bei der Geburt mit kaltem Wasser.

**) Dieses Verfahren entspräche also ungefähr der üblichen Anwendung des mit aromatisch-geistiger Flüssigkeit befeuchteten Läppchens, um die Kopfgeschwulst zu verhindern, nur würden wir Fontanellen und Nähte vermeiden. Wo man das Kind hinlege, ob man es, beim Wechseln der Wäsche, sich, vor dem Einwickeln, etwas frei bewegen lässt? Betreffs der Diätetik in den ersten Lebenswochen wird schlechtweg bemerkt: Sobald das Kind geboren ist, versichere man sich seiner guten Gesundheit und gehe deshalb mit dem Zeigefinger in seinen Mund ein; sauge es ihn ohne Schwierigkeit an, so sei das ein gutes Zeichen, weine und schreie es aber, — ein sicheres Zeichen von Krankheit. Das Gesicht werde dann bald sehr roth oder bläulich, die Lippen schlössen sich zusammen, das Kind verweigere die Brust. Dies wird unter dem Namen *Lao ty lan* aufgeführt. Nun wird sofort für Mutter und Kind die Arznei *Hoa lo kuei tche tang* bereitet. Man muss erstaunen, dass schon am ersten Lebenstage der Arzneigebrauch eingeführt ist, und das Kind im Krankheitsfalle sogar Pillen erhält. Kein hiesiger Apotheker hat je eine solche Arzneiform für einen Neugeborenen zu dispensiren.

(Wir erfahren nichts von der Art und Vorsicht des Windelns, die so leicht zu Gelbsucht Anlass geben könnte, wenn sie nicht vorschriftsmässig ausgeführt ist, und ob man die Arme freilasse. Ob die Nabelkauterisationen den Nabelgeschwüren vorbeugen sollen und wirklich vorbeugen, überhaupt aber unserer Fettbehandlung den Vorrang streitig machen, bleibt in Dunkel.)

Von etwaigen anderen Ursachen dieses nicht aus Rothsucht entstandenen Icterus (rheumaticus): zu schnellem Unterbinden und Durchschneiden der Nabelschnur vor dem völligen Zustandekommen der Respiration, Diätfehlern der Mutter, verlautet nichts.

1) *Tsy fong* hat 3 Arten: a) *tsy kan fong.* Ursache ist Wasser, das durch die Oeffnung des Nabelstranges dringt, sobald man das Kind, nach dem Durchschneiden des Nabelstranges (*tsi* genannt. Pm.), gewaschen hatte. Als Symptome treten dann auf: Gelbheit des kleinen Blutgefäses, angelaufener Leib; das Kind sucht die Brust zu fassen und lässt sie plötzlich los*), weint anhaltend. Man nimmt hiergegen 3 Meerrettigkauterisationen, zwischen beiden Supercilien, am sogenannten *yn tang* (also *Metopon*, das sonst auch *yang* heisst), vor. Halten selbe den Fortschritt des Leidens nicht an, sondern keucht das Kind, bedeckt der Leib sich mit kleinen, blauen Venen, treten Leibschmerzen hinzu, so gebe man dem Kinde sofort *Tche my tsi hy tang.* Ein Weiteres über die Gefahr und den Ausgang dieses Zustandes („Nabelerkältung?“) und den Zweck der derivatorischen Kauterisation wird nicht mitgetheilt. — b) *so kang,* Verstopfung (vgl. S. 112) Stuhl fehlt. Sofort rufe man eine Frau; sie wasche sich den Mund, sauge alsdann 4—5 mal an die Mitte der Brust, des Rückens und der Hohlhand und Fusssohle des Kindes, und gebe ihm dann Wasser mit Honig versetzt. Bei fortdauernder Verstopfung führe man einen, in Honig getauchten Pinsel einen Zoll weit, in's Rektum ein, oder verordne:

---

*) Es war also sehr voreilig, solches Zeichen, wie jüngsthin geschehen, auf Retropharyngealabszess zu beziehen.

Rp. *tchou cha*
nan sin
pe teou chouang
āā 3 Centigramm.
M. f. pulv. f. pilulae
S. in etwas Wasser zu verabreichen.

Oder gebe *ye lu tan*, oder irgend ein anderes Purgans. Bisweilen widersteht die Verstopfung der Behandlung und das Kind stirbt in 6—7 Tagen. —

Bednar spricht nur von 3—4 Tagen, die ein neugeborenes Kind die Verstopfung ertrage, West sagt gar nichts davon. Der Zeitraum von 6—7 Tagen wäre also etwas ganz Ungewöhnliches.

Seltsam, dass man bei der obigen Prüfung des Rectum doch nicht auf die Atresie gelangt und davon zu sprechen Anlass findet. —

c) *kin kuan.* Das Kind kann weder den Mund, noch die Augen öffnen, weint. Eröffnet man ihm den Mund, so unterscheidet man auf der Zunge und im Gaumen kleine Knötchen. Vom Munde fliesst Schleim aus. Kein Urin, kein Stuhl. Kann die Brust nicht nehmen. Sofort nehme man die kleinen Knötchen mittelst des von Haaren umwickelten Fingers fort, und verabreiche *mou hiang, pe ho jin* āā 1,80 Gramm. in Dekokt und purgire dann durch *ye lou tan* Mutter und Kind.

3) *Tai ping* hat 10 Arten: a) *tai tou.* Enthält die Mutter in der Schwangerschaft sich nicht des Koitus, oder gibt sie sogar sich Koitusexzessen hin, so ereignet es sich, dass das Kind, bei der Geburt, den Körper von kleinen, rothen Knötchen bedeckt hat, oder statt der Knötchen bisweilen Plaques von derselben Farbe, zerstreut auf einigen Theilen des Körpers, oder eine enorme Geschwulst. Die Zunge ist sehr gross, an ihrem Ende befinden sich kleine, rothe Pusteln, deren man eine grosse Anzahl im Munde bemerkt.

b) *tai kan.* Wird eine Schwangere von Darmentzündung ergriffen, entstanden durch unmässigen Gebrauch gewisser Arzneien, zu kaltem Getränke, zu kalter Nahrung, so leidet ihr Kind, bei der Geburt, an Schläfrigkeit, Durchfall, kaltem Munde, Erbrechen der Milch, Zusammenziehung der Hände,

die geschlossen bleiben, Retraktion der Füsse, Leibschmerz. Man gebe *tsee my ky tang*, oder Pillen von *tchou oey kao*, eine erbsengrosse jedesmal.

Da bei *tai tou* von einem angeborenen Leiden die Rede ist, so muss man, von vorne herein, Tumores sebacei ausschliessen, zumal sie nichts mit Mundschleimhaut zu thun haben. Der blosse Exzess des Koitus kann auch, so lange nicht die Unreinheit des Beischlafes betont wird, nicht an Syphilis denken lassen. Ungeordnete Lebensweise der schwangeren Mutter bringt, zwar nach Erasmus Wilson, Ekzem, Acne und andere Krankheiten der Neugeborenen hervor, aber, nach meiner Erfahrung, keinesweges beständig. Lichen und Acne haben zudem keine Pusteln; Furunkeln würden nicht die Schleimhaut der Mundhöhle befallen. Wilson's Satz, der gewiss häufig eine Wahrheit hat, zumal Bednar, Bourgeois und Little sich in ganz ähnlichem Sinne mit ihm äussern, kann uns demnach hier nicht zur Diagnose helfen. Im Uebrigen ist Macroglossie oder Hypertrophie der Zunge, wenn nicht vielmehr es hier Entzündung mit Schwellung und Abszess heissen soll, noch nicht auf den Einfluss des mütterlichen Lebens zurückbezogen worden, obschon auch dies vielleicht nicht unmöglich wäre, wenn man an Dareste's Versuche sich erinnert, dass schon geringe Herabsetzungen der Wärme, oder deren ungleiche Vertheilung an der Oberfläche des zu bebrütenden Eies sehr bedeutende Organisationsstörungen erzeugt haben*).

c) *tai je.* Bedient die Schwangere sich anmässig vieler, sehr gewürzter Nahrung, die ihr Blut erhitzt, so hat ihr Kind bei der Geburt die Augen beständig geschlossen, das Gesicht roth, die Augenlider angeschwollen, Sehnenhüpfen, anhaltendes Weinen, Hitze im Körper, sehr gelben Urin. Man gebe *ye lu tan* (also Purgans).

*) Man könnte leicht an Pemphigus cachecticus denken, aber auch dieses scheint nicht die Schleimhäute zu ergreifen. Syphilis pustulosa anzunehmen ist nicht wohl statthaft, da der Erfolg schon durch einfache, purgirende Behandlung gesichert wird. Ebert, welcher mit Unrecht, oder doch ohne nachgewiesene Begründung, den Pemphigus syphiliticus in Abrede stellt, sagt auch nichts von Schleimhautpemphigus.

d) *tai tcho.* Die Schwangere leidet an äussersten Beschwerden; so wird ihr Kind bei der Geburt, von Konvulsionen ergriffen, hat grosse Hitze, bläuliches Gesicht, geschlossenen Mund, anhaltend Kopfbewegung, Weinen, und nimmt die Brust nicht. Man gibt Pillen etc.

e) *Pan kang ky.* Die Schwangere hatte heftige Anfälle von Erzürnung, so wird ihr Kind, bei der Geburt, von Borborygmen befallen, hat die 4 Gliedmassen kalt, Schleim fliesst ihm aus dem Munde.

Diese 5 Affektionen des Kindes, durch die Mutter in ihrer Schwangerschaft angeblich verschuldet, bilden somit die erste Abtheilung des *Tai ping.*

f) *Tai huang.* Das Kind hat bei der Geburt den Körper bedeckt von einer gelblichen Färbung, die Augen geschlossen, den Körper sehr heiss, Urin sehr gelb, schlägt die Brust aus und weint. Diese Affektion kommt von einer Erkältung, von welcher die Mutter, im Augenblicke der Entbindung, ergriffen wurde (Icterus rheumaticus). Mutter und Kind wird *yn chin ty houang tang* eingegeben.

g) *Tai fey.* Das Kind ist bei der Geburt wie aufgeblasen, hat die Haut roth, die Albuginea des Auges schwärzlich und schweres Athmen. Nach einem Monate wird das Kind mager, verstopft, hat rothe Augen und seine 4 Gliedmassen brennend.

Ursache: Ungesunde, hauptsächlich aus Schweinefleisch bestehende Nahrung, oder Tribulationen der Mutter vor der Entbindung. Man verabreicht Mutter und Kind ein Dekokt von *kia kien ta tien kiao yn* — (Erysipelas mit Ausgang in Anämie? Mindestens scheint Emphysem nicht von jenen Nebensymptomen begleitet).

h) *Tai kiai.* Das Kind ist bei der Geburt sehr mager, hat weissen Stuhl; der Körper scheint blutberaubt. Anhaltendes Aufstossen.

Diese Krankheit kommt von einer unzureichenden Nahrung, oder grosser Ermüdung der Mutter. Mutter und Kind müssen ein Dekokt von *Tiae yuen san* einnehmen. —

Während die hier genannten 8 Leiden das Gemeinsame haben, durch das Verhalten der Mutter verschuldet zu sein,

werden hierher noch die 2 folgenden Arten gerechnet, die nicht aus solcher Ursache entstehen:

i) *Tsy tou.* Eine Geschwulst bildet sich am Nabel, kurze Zeit nachdem der Nabelstrang abgeschnitten ist. Das Kind schreit anhaltend. Hält man das Ohr an den Nabel, so vernimmt man ein inneres Gurgeln.

Man verbrenne Haare zu Staub und lege sie, nebst geröstetem und gepulvertem Alaun, auf die Geschwulst.

(Nabelabreissen, vielleicht nebst Nabelblutung, da die Therapie sonst nicht erklärlich wäre. Von einem Fungus kann nicht wohl die Rede sein, sonst wäre die Färbung hervorgehoben.)

k) *Pou tche yn.* Kurze Zeit nach der Geburt mag das Kind die Brust nicht nehmen; so oft es zu saugen beginnt, erbricht es unmittelbar hernach.

Mutter und Kind empfangen ein Dekokt von *Ping lang mou hiang tang,* vermuthlich in der Voraussetzung, dass man es mit einer erhöhten Reizbarkeit des Magens zu thun habe. Ob Bildung des Magens, ob irgend eine organische Veränderung des Nahrungsbehälters, oder auch hier vielleicht die Beschaffenheit der Muttermilch Schuld sei, oder die Masse des Eingesogenen, darüber erwarten wir vergebens eine Rechenschaft.

Nun werden noch 14 andere, keinen Namen führende Erkrankungen und Missgeburtformen, über deren relativ lange Lebensdauer man sich wundern muss, wenn sie wahr ist, der obgenannten Krankheit *Tai ping* untergeordnet. Ein Bezug zu ihr ist aus den Symptomengruppen, von denen nur einige mit einander verwandt sind, keineswegs zu entnehmen. Eher wäre dies möglich, wenn man sich nur an den Wortlaut des *tai ping* hielte, was etwa akute Beschwerden der Neugeborenen oder des Beginnens (d. h. des Lebens) bedeutet. Dann aber dürfte dieser Ausdruck nicht als pathologischer Namen gelten. Zunächst nun 3, auf Respirationshindernisse sich beziehende Formen:

l) Das Kind hat, im Augenblicke seiner Geburt, sehr kurzen Athem und kann nicht weinen. Man durchschneide

den Nabelstrang nicht, sondern erwärme ihn, indem man angezündetes Papier unter ihn legt. Sobald es sich erwärmt hat, ist das Kind geheilt, dann durchschneide man.

m) Das Gesicht des Kindes ist bei der Geburt blau, der Mund zusammengezogen, der Körper kalt. Sofort bereite man von *Pe kiang tsan san* ein Dekokt, befeuchte damit etwas Baumwolle und führe selbe in den Mund ein.

n) Bei der Geburt ist das Kind der Respiration beraubt, sein Mund geschlossen. Man öffne ihn und berste einen Tumor, der sich neben dem Schlunde befindet, wische das Blut mit etwas Baumwolle ab und lege auf die Geschwulst etwas Pulver und verbrannte Haare, um jede Blutung zu verhindern.

Man könnte leicht an Schwellung des Zahnfleisches, harten oder weichen Gaumens, oder gar des Schlundes denken, wenn nicht von Blut allein, sondern mindestens auch von Eiter (weisser Materie) die Rede wäre, und man einsähe, wie jenes Pulver zum Haften gebracht wird, und ohne den obigen Alaun styptisch wirken würde. — Nur das Folgende noch scheint durch Mitbetheiligung des Mundes sich äusserlich hier anzuschliessen, dann geht die Beschreibung ohne alle und jede Ordnung weiter.

o) Das Kind hat bei der Geburt den Mund geschlossen und nimmt die Brust nicht und hat bisweilen die Wangen von kleinen, weissen Flecken bedeckt. Man öffne den Mund, durchbohre die kleinen Flecke, wasche sie mit etwas wässeriger Auflösung chinesischer Tusche und trockne sie dann mittelst des von der Mutter Haaren umwickelten Fingers ab.

p) Das Kind will bei (nach) der Geburt die Brust nicht nehmen und hat anhaltendes Erbrechen. Man gebe ihm ein mit Wasser verdünntes Dekokt von *houanglien*, *tsee tsio*, *tche fou ling* āā 1,80 Gramm.

q) Verweigert das Kind, nach der Geburt, die Brust, so verabreiche ein Infus. von 7 Centigr. Schwefel mit *tchou ly tchong* bereitet.

r) Das Kind hat bei der Geburt die Nase verstopft und nimmt die Brust nicht, so nimmt man von *ya tsa*, *tsao ou* je 1 Centigr., pulvert und mischt sie mit einer Zwiebel, um

daraus ein Pflaster zu bereiten, das man auf den Kopf, auf die Verbindung der Knochen legt.

Nun 2 Hautkrankheiten:

s) Das Kind hat bei der Geburt die Epidermis sehr roth. Man nehme Reismehl und reibe ihm den ganzen Körper damit ein.

Erythrosis.

t) Es hat bei der Geburt den Körper mit Schuppen bedeckt, die sich wegnehmen lassen und abfallen, und darnach eine wasserähnliche Flüssigkeit austritt. Man lege ihm Pulver von *My to seng* auf. Eczema innatum, (würde nach Wilson sich ebenfalls als ein von der Mutter verschuldetes Leiden, wegen seines Platzes hier rechtfertigen lassen).

u) Das Kind hat bei der Geburt den Körper von rothen Tumoren bedeckt, wasche es mit einer Mengung von etwas kaltem Wasser mit gepulvertem *ty long* 7 Centigr. und *ho siao* 4 Centigr. Furunkel?

Dazwischen eingeschaltet sind 2 Affektionen des Harnens.

v) Das Kind urinirt nicht bei der Geburt; lege eine Zwiebel in etwas Milch, koche das zusammen und gib es dem Kinde.

w) Das Kind urinirt nicht nach der Geburt, hat den Leib angelaufen (von Anfüllung der Blase), keine Respiration.

Harnverhaltung.

(Ob durch Druck auf Urethra, wie in Carmichael's Beispiel von einer Gesichtslage?)

Rufe eine andere Frau herbei, die, wie oben geschildert, die Mitte des Rückens, der Füsse und des Leibes ansauge und gib dann dem Kinde *ty long*. —

Jetzt 2 nervöse Zustände:

x) Das Neugeborene hat das Gesicht nach rechts, oder nach links verzogen. (Vielleicht einfach Kolik mit Verzerrung der Mundwinkel und Gesichtszüge?)

Man gibt Schwefel, *ou tchou yn* à 7,30 Gramm, vermischt mit etwas Knoblauch, pulvert Alles zusammen und legt es auf den Nabel.

Es scheint fast wunderbar, dass die Omphalitis des Kindes in China nicht eine so bedeutende Rolle spielt, um Gegen-

stand ganz ausführlicher Betrachtung zu werden, da die Veranlassungen zum Nabelerkranken doch häufig genug sind. Allein auffallenderweise erfahren wir von Nabelkrankheiten hier weit weniger, als bei uns zu Lande, trotzdem hier viel sorgfältigere Pflege des Nabels vorkommt, und doch disponirt schon die Art zu gebären (bei stehender Lage der Mutter) zu Zerreissungen der Nabelschnur in China. —

y) Das Neugeborene hat anhaltendes Sehnenhüpfen. (Dürfte vielleicht mit Crocidismus, oder Fingerunruhe verwechselt sein.)

Hier wird die derivatorische Behandlung durch Reiben der Lippen mittelst Baumwolle angewandt, die man mit einem wässerigen Gemische in Gebrauch zieht.

Ob hier nun die Missgeburten ebenfalls aus Verschulden der Mutter aufgeführt werden, ist aus dem Texte nicht zu ersehen, aber wohl möglich. Es heisst:

Bisweilen wird das Kind mit monströsen Gestalten geboren. Man nennt es Teufelskind (*kouei tay*). Es hat, bald 2 Köpfe, 4 Beine, 2 Zwillingskörper, keinen Anus, — also Dicephalus quadripes (der Tribrachius wird nicht erwähnt. Hier allein wird von einer Atresie einer natürlichen Körperöffnung gesprochen. Vielleicht aber hat der Uebersetzer sich die Mühe der Mittheilung erleichtern wollen, wie bei Gelegenheit seiner Arbeit über die Pocken), — bald hat es einen Thierkopf (?), oder 2 übereinander gewachsene Köpfe (Dicephalus); oder ist ohne Arme; oder hat ein Horn auf der Stirn; oder Flügel (verkümmerte überschüssige Oberextremitäten?) an den Schultern. Selten sind die kleinen Missgeburten lebensfähig; sterben sie nicht sofort, so ist die Dauer ihrer Existenz sehr beschränkt; z. B. stirbt das Kind mit Zwillingskörper, im Allgemeinen, 10 oder 12 Tage nach der Geburt. — (Wäre hier der Dicephale gemeint, so müsste man über ein so langes Leben sich wundern. Anders, wenn von Zwillingen, die mit dem Nabel zusammengewachsen wären. Es ist das aus Dabry nicht zu erkennen.)

4) *kang kin, yeou kin.* . . . . . .

Haben das *fong kuan* roth bei der Geburt, den Körper brennend und schwitzend, brennenden Athem, Mund stets

offen, Athem schwierig, anhaltende Bewegungen der Hände und des rückgeworfenen Körpers.

Obschon beim Asthma thymicum Erschütterungen und Zuckungen der Gliedmassen vorkommen, so ist doch dabei die äussere Haut kühl, der Unterkiefer zwar schlaff herabhangend und daher der Mund offen, aber die Zunge dann auch vorgefallen, im Uebrigen die Muskeln gewöhnlich erschlafft. Beim Asthma thyreoideum wäre die vordere Halsgegend bedeutend aufgebläht: beim Krampfe der Stimmritze der Mund offen, die Arme unruhig umhergeworfen und bei älteren Säuglingen Opisthotonus, die Haut roth und zuweilen wärmer, aber die Gliedmassen kühl.

Manchmal hat das Kind kurze Zeit nach der Geburt den Zeigefinger bezeichnet mit dem kleinen Rosagefässe und schwitzt. Wird es in die Windeln gehüllt, so werden diese durchfeuchtet. Seine Hitze ist gross, es stützt sich gern gegen seine Mutter, ohne sich zu rühren; hat Kopfschmerz, bisweilen Delirien (kurz nach der Geburt?). Der Kopfschmerz wird erkannt durch die Bewegungen, welche das Kind macht, indem es die Hand stets nach dem Kopfe führt. Es krümmt sich gern rückwärts, hat Konvulsionen, kalte Füsse. Diese Symptome sprechen dafür, dass es an *Chang fong* leide. — (Erkältungskrankheit.)

5) *Keou ou* ist abermals eine von der Mutter abgeleitete Krankheit wie bei *tai ping*. Hat die Schwangere ihren Magen ermüdet durch eine ungesunde Nahrung, oder erfasst der Vater beim Absteigen vom Pferde, nach langem Ritte, sein Kind in seine Arme und hält es lange Zeit fest gegen seine von dem Pferdeschweisse durchzogenen Kleider, so kann daraus für das Kind folgende Affektion entstehen: aus dem Munde fliesst weisser, blauer oder gelber Schleim, das Kind keucht, hat Leibschmerz, Konvulsionen.

Unterscheidet sich also von den *tai ping's* dadurch, dass die Mutter nicht die nothwendige Ursache der Erkrankung ist. Die letztere scheint Keuchhusten zu sein oder Angina. Für Pseudokrup fehlen alle Anhaltspunkte.

6) *Nuey yu ko ou.* Habe das Kind ein Spielzeug. Man

nimmt es ihm weg; damit ist es unzufrieden oder murrt, fürchtet sich. Oder man verweigert ihm einen Gegenstand, den es gewünscht hat, so tritt bisweilen nach diesen Widerwärtigkeiten eine Affektion auf, gekennzeichnet durch anhaltende Schläfrigkeit und eine hartnäckige Weigerung, die Brust zu nehmen.

Obschon die Morositas, Misslaune der Kinder bei einer Menge körperlicher Affektionen auftritt, so hat sie doch hier in Ursache und Reaktion ganz den Charakter einer bloss psychischen Erscheinung. Als solche hätte man vollen Grund, sie in unseren Lehrbüchern über Kinderkrankheiten beschrieben zu sehen, zumal durch Bierbaum's Fleiss auch die Psychopathieen der Kinder bereits Gegenstand der ärztlichen Besprechung geworden sind. Allein Bednar beschränkt sich auf die Beschreibung des Blödsinnes und Idiotismus. Ebenso Alfred Vogel, der wohl Le Paulmier's Statistik erwähnt, aber deprimirende Affekte gar nicht angibt, der Komplikationen der Psychosen mit Starrsucht und Chorea nur kurz gedenkt, und die Psychonusen des zartesten Alters, wie West, nicht der mindesten Erwähnung würdig, einer Therapie sich übrigens entschlägt. Dennoch sind krankhafte Gemüthsrichtungen schon in frühester Kindheit, noch vor Ausbildung der Sprache, ganz entschieden vorkommendes, idiopathisches Leiden, und mindestens zum grossen Theile als eine von der Mutter übertragene psychische Richtung anzusehen. Was ihre Behandlung angeht, so verhält auch Bednar sich in Betreff ihrer ganz schweigend. Der chinesische Arzt geht auch dabei mit materiellen Mitteln vor, obschon man daraus nicht schliessen darf, dass er selbst die Krankheit als materiell ansehe, oder dass sie es wirklich sei. Es fehlen mindestens der obigen Symptomengruppe alle Anhaltspunkte für Diagnose von körperlicher Krankheit.

7) *Hang-han.* Der Zeigefinger trägt das *fong kuan* Zeichen des rothen Gefässes. Der Kranke hat äusserste Hitze, Furcht vor Kälte (Psychrophobie), kann den Hals nicht bewegen, keucht, hustet, hat Kopfschmerz, Konvulsionen. Wird durch die Heilmittel der Fortschritt der Krankheit nicht aufgehalten, treten Fieber, Erbrechen, Völle,

Ohrensausen hinzu, das Kind bedeckt sich stets den Kopf, weigert sich hartnäckig, die Brust zu nehmen. Wird das kleine Indexgefäss immer röther und röther, erreicht es die Spitze des Zeigefingers, findet sich Verstopfung, fliesst dem Kinde Schleim aus dem Munde mit einem gewissen Geräusche wie von zusammengepresst ausgetriebener Luft, ist der Leib aufgetrieben, die Zunge gelb u. s. f. Bessert sich der Zustand nicht nach den Einnehmen der Arznei, nehmen die letztgenannten Symptome zu, so stirbt das Kind nach 4—5 Tagen. Die Krankheit ergreift zu 3—6 Jahren, und tödtet 2 von 10 Befallenen.

Hält man die obigen ersten Symptome zusammen, so sieht man, dass man es mit einem nervösen, respiratorischen Leiden des Kehlkopfes zu thun hat, und dürfte die Diagnose: Keuchhusten wohl Platz greifen dürfen. Allein was soll man dazu sagen, dass in einer Krankheit, die Kinder von 3—6 Jahren befällt, die Rede davon ist, dass selbe hartnäckig die Mutterbrust ausschlagen! Weder in China noch irgendwo sonst hat je ein Säugen bis zu solchem Alter Statt. Ganz besonders fällt es auf, dass die persönlichen Klagen des Kindes, das ja doch zu 3—6 Jahren schon sprechen kann, nicht hervorgehoben sind. Die Angabe des Alters scheint also vor Allem hier verfehlt zu sein.

Eine andere Art *Hanghan* hat folgende Kennzeichen: rothes Indexgefäss; das Kind verdaut die Milch nicht, hat Erbrechen, ist anhaltend schläfrig, hat blaue Nägel und Konvulsionen. Diese Krankheit ist sehr böse, tödtet gewöhnlich nach 4—5 Tagen. —

(Das Vogel'sche Symptom, vorangehendes Würgen und Uebelkeit, als Zeichen des cerebralen Erbrechens, wie es hier stattfindet, ist leider nicht angegeben.)

8) *Chang fong.* Kleine, sehr rothe Venen am Zeigefinger, Husten, Schleimfluss aus der Nase, Wasser fliesst anhaltend aus den Augen, grosse Hitze, Schweiss. Diese Krankheit ist nicht sehr böse.

Catarrhus febrilis.

9) *Chang chou.* Mutter und Säugling sind ein wenig erhitzt. Jene sucht frische Oerter, hält sich lange an einem

kalten und feuchten Orte auf, so wird das Kind bisweilen von folgender Krankheit ergriffen: rothe, sehr kleine Venen am *fong kuang*, Kopfschmerz, kein Schweiss, Psychrophobie. Die 4 Gliedmassen schmerzen. Diese Krankheit ist nicht sehr böse, ergreift manchmal Kinder von 3—4 Jahren, die zu viel kalte Nahrung essen oder zu kalte Getränke einnehmen. Die Symptome sind alsdann folgende: Gelbes Indexgefäss, Erbrechen, Diarrhoe, Leibschmerz. Zu ihrer Heilung wendet man die Akupunktur mit Erfolg an.

Catarrhus ventriculi; aber wohl kein Rheuma für den ersten Fall, da selbes sich selten vor dem 6. Jahre findet. Die Bezeichnungen für Rheuma sind übrigens *fung tsih*; *seih fük*; *fei*; *ling* etc.

10) *Chang che.* Bei einer sehr feuchten Witterung wird das 2—3jährige Kind auf einen frischen Ort niedergesetzt, oder jenes Kind hat seine sehr durchnässten Kleider nicht gewechselt, dann wird es bisweilen von folgender Affektion ergriffen: Kleines Blutgefäss des Index blau, äusserste Hitze, allgemeiner Schmerz, Uebelbefinden, Durst, rother Urin, Verstopfung. Hilft *tchin ling tang* nicht und folgt Erbrechen, wird der Leib aufgetrieben, bald heiss, bald kalt etc. Diese Krankheit ist sehr böse und dauert 17—18 Tage; tödtet $^3/_{10}$.

Würde am ehesten auf Peritonitis bezogen werden können, obschon auch hier bei Säuglingen öfter noch Diarrhoe als Verstopfung sich einstellt; aber seltsam, dass, wenn wirklich eine Krankheit, die bei uns in etwa höchstens 3 Tagen zum Tode führt, in China sich 17—18 Tage lang sollte hinziehen können, und dabei eine geringere Mortalität als in Europa.

Inzwischen passen andere Diagnosen weit weniger.

Das *Chang che* wird weiter unten noch einmal, doch für eine ganz andere Krankheit, als Bezeichnung genommen.

11) *Kia tchang cha* (heftige Kolik von Dabry übersetzt). Ein Kind von 3, 4, 5, 6 Jahren empfindet plötzlich eine sehr starke Kolik, hat Neigung zu Erbrechen und Stuhlgehen, und doch kein Erbrechen und keinen Stuhl. —

(Blähkolik.)

12) *Ko seou* (Husten). Ein Kind von 3—6 Jahren trägt Kleider, die zu leicht für die Jahreszeit sind, und wird von einer Erkältung ergriffen, oder wenn es in einem minder vorgeschrittenen Alter und noch an der Brust ist, und seine Mutter bei zu kalter und feuchter Witterung ausgeht, so entsteht folgende Affektion: blaues Indexgefäss, Nase verstopft, Keuchen, Schweiss bleibt aus. Es hustet und ist blass. Setzt die Krankheit ihren Lauf fort, so ist 3—4 Tage hernach das Gesicht gelb, die Respiration bleibt aus, es finden sich Sputa, Erbrechen der Milch, blaues Gesicht, Konvulsionen, anhaltender Zorn, Augen starr gen Himmel gerichtet. Zuletzt wird der Husten sehr peinlich. Blut fliesst aus Nase und Mund. Bleibt der Husten trotz der verabreichten Mittel, schwillt die Brust an, so etc.

Husten wird sonst durch *k'hae, k'hih*, wenn er trocken ist; sodann durch *k'hae sow* bezeichnet. Welcher von diesen idiopathisch, sekundär oder sympathisch beispielsweise von Herzkrankheit sei, lässt sich aus den zur Zeit vorliegenden Angaben nicht enträthseln.

Da hier von Blutausfluss aus Nase und Mund die Rede ist, so ist es kaum erlaubt, an einfachen Bronchialkatarrh zu denken, obschon auch dieser bei Kindern einen tödtlichen Ausgang zu nehmen fähig ist. Dagegen tritt die Krankheit anfangs fieberlos auf wie die lobuläre Pneumonie, und wird sich dadurch von der lobären und von der Pleuritis unterscheiden, obwohl die Gemüthsaffektion und die Konvulsionen mehr Eigenschaft der lobären sind. Die Anschwellung der Brust könnte zwar auf flüssiges pleuritisches Exsudat bezogen werden, doch begreift man dann schwer, wie selbes so plötzlich sich finden solle. Beim Oedema pulmonum ist der Husten nicht so peinlich, der nachtheilige Einfluss des Liegens würde wahrscheinlich hervorgehoben worden sein; von Lungengangrän, die, mindestens in ihrer traumatischen Form, pneumonieähnlich beginnen kann, müssen wir entschieden Abstand nehmen, weil die chinesische Symptomatologie die Beschaffenheit stinkender Sputa nicht ausser Acht

lässt. Der Zorn spricht gegen Miliartuberkulose, da bei dieser die Reizbarkeit des Nervensystemes, die in der Phthisis der Erwachsenen häufig gar sehr gesteigert ist, herabgesetzt erscheint.

Es wird also hier wohl nicht leicht an etwas Anderes als an lobuläre Pneumonie gedacht werden können, ohne dass hierdurch die Brustschwellung erklärt wäre, woferne sie nicht als spätere Komplikation sich hinzugesellt. —

13) *Hia keou.* Diese Krankheit hat 2 Arten: a) *han hia keou.* Die Mutter gibt in der Winterszeit dem 3—6jährigen Kinde eine, für seinen Magen zu kalte Nahrung, oder bedeckt es mit zu leichten Kleidern, so entsteht bisweilen folgende Affektion: sehr rothes Indexgefäss, äusserste Wärme, sehr rothes Gesicht, sehr rothe Lippen, verstopfte Nase, anhaltendes Ausserathmensein. Ist wenig bedeutend. (Febris catarrhalis.) b) *Se hia keou.* Die Mutter gibt sich etwas rauher Arbeit hin, ihre Milch erhitzt sich, so entsteht daraus für ihren Säugling sehr rothes Indexgefäss, trockener Mund, trockener Schlund, Anurie, Verstopfung. —

Es wäre absurd, sich hier durch das blosse Symptom der Schlundkrankheit bestimmen zu lassen, das bei Säugenden so kennzeichnend ist, und es auf den Säugling mit gleicher Bedeutung zu übertragen. Hier kann von nichts Anderem als einer katarrhalischen Stomatitis die Rede sein, bei welcher nicht einmal an Oesophagitis, Pharyngitis oder gar idiopathischen Retropharyngealabszess zu denken. Vor Allem aber möchte man fragen, wie denn bei einem Säuglinge der Sinese die Schlundtrockenheit erkannt hat. *yen how* (der Schlund) würde ja wohl in den Namen der Krankheit aufgenommen sein, wenn der Schlund als das wesentlich Kranke hier betrachtet würde.

14) *Ou tsy.* Geschwächter Magen, der nur Milch verdauen kann. Oder ein Kind, das nicht mehr Säugling ist, isst zu viel für seine Mahlzeit, und geht unmittelbar hernach schlafen, so ist nach einiger Zeit sein Indexgefäss gelb, das Kind verweigert die Brust, seine 4 Gliedmassen sind kalt.

Es ist blass, seine Wangen sind schwarz, bald Durchfall, bald Verstopfung, Leib aufgetrieben. Ist das Kind kein Säugling, so leidet es an Appetitlosigkeit, sein Gesicht wird gelb, der Leib, hart zu fühlen, schwillt 2—3 Monate hernach beträchtlich an, und wird von kleinen blauen Venen durchfurcht.

Eine chronische, fieberlose, Darmkatarrh ähnliche Erkrankung, deren Ableitung vom unzeitigen Schlafengehen wohl aber etwas gewagt ist. Uebrigens scheint es, dass unsere modernen Pädiatriker die Diätetik für Kinder weniger als die Alten im Auge behalten. —

Houang kin. Anhaltendes Gurgeln im Leibe, stinkender Stuhl. Das Kind nagt gern an seinen Fingern, verliert seine Haare, die Augen röthen sich. Letzte Symptome: der Leib schwillt mehr und mehr an; es kommen Keuchen, Husten, Schweiss. Nach einem Monate trauriges Ende. Sehr böse Krankheit, dauert mehr oder minder lange, und tödtet $^3/_{10}$ der Befallenen.

Das Nagen bezieht sich auf einen gereizten Zustand der Darmschleimhaut, der stinkende, wahrscheinlich aashafte Stuhl, der Schwächezustand der die Haare verlierenden Kopfhaut und das böse Ende leiten, wenn auch nicht mit Sicherheit auf Enteritis follicularis hin, die wir heut zu Tage zwar an viel prägnanteren Zeichen, z. B. denen des Schädels, durch Gehirnschwund zu erkennen wissen, die aber ehemals doch nicht so genau beschrieben, und vielleicht nicht so genau beobachtet worden, wie wir es gegenwärtig zur Stellung der bezüglichen Diagnose bedürfen.

15) *Ngo teou.* Diese Krankheit hat 2 Arten: a) *han teou.* Kind von 1—3 Jahren, von sehr schwacher Konstitution, erkältet sich durch Unklugheit der Mutter, die, während sie das Kind an der Brust hat, trotz Kälte und feuchten Windes ausgeht. Sofort entsteht folgende Affektion; rothes Indexgefäss, Erbrechen, Blässe, geschlossene Augen, Schweiss. b) *Je teou.* Die Mutter hat eine zu gewürzreiche Nahrung, erhitzt dadurch ihr Blut*). Ausserdem, bleibt das Kind

*) War schon unter 3) als *tai je* besprochen, aber mit Ausschluss der Insolation.

bei grosser Hitze der Sonne ausgesetzt, so wird es, wie folgt, ergriffen: sehr grosses Indexgefäss, Erbrechen.

16) *Sie tou* hat 5 Arten: a) *han sie*; ist häufig in der kalten Witterung, entsteht durch Nachlässigkeit der Mutter, die das Kind an einem feuchten und kalten Orte aussetzt, oder ihm zu kalte Nahrung gibt (vgl. 13, *hia keou*), so entsteht oft Abweichen, die Nahrung wird nicht verdaut, im Leibe ist Gurgeln; Indexgefäss roth, Gliedmassen kalt; hat wenig Bedeutung. b) *Je sie.* Trinkt das sehr erhitzte Kind kaltes Wasser, so entsteht folgendes Leiden: sehr rothes Indexgefäss, Anus brennend, Abweichen; Stuhl brennt; Athem sehr heiss, Durst. Es begehrt kalte Flüssigkeiten, ist appetitlos. c) *Hiu sič.* Magen ist schwach, Appetit wechselt, im Magen Hitze; Nahrung wird nicht verdaut, Gesicht ist gelb, Hände und Füsse sind geschwollen, Indexgefäss gelb; Abführen, zahlreiche Stühle; dauert 5—6 Tage. d) *tche sič.* Das Kind trinkt zu viel kaltes Wasser, oder isst anhaltend kalte Nahrung, oder wäscht sich den Körper mit kaltem Wasser, so entsteht gelbes Indexgefäss, Abführen, Stuhl bald zahlreich, bald wenig und gallig. e) *Che sič.* Mutter, die ihr Kind säugt, gibt ihm zugleich gekochtes Mehl, Fleisch, so kann daraus Abführen entstehen, sehr rothes Indexgefäss, angelaufener Leib, rothes Gesicht, Aufstossen mit Milchgeruch, Leibschmerz vor dem Stuhle.

17) *Chang che.* Magen schwach, durch zu reichliche oder zu wenig verdauliche Nahrung, oder durch plötzliche Furcht nach der Mahlzeit. Gelbes Indexgefäss, Völle, Uebelbefinden, Kopfschmerz und Hitze, kalte Gliedmassen, gelber Urin, epigastrischer Schmerz, stinkender Stuhl, Appetitlosigkeit, Zunge bebend, bald Hitze, bald Kälte. Hört das Kind zu essen auf, tritt Abmagerung hinzu, wird die Haut aufgeblasen, das Gesicht sehr gelb, die 4 Gliedmassen geschwollen, Schläfrigkeit, blutige Magenschleimhaut, stinkender Athem. Letzte Symptome: 7—8 Monate nach dem Anfange der Krankheit sind Leib und Magen geschwollen, keine Nahrung wird verdaut; Appetitlosigkeit, Leib hart und mit bläulichen Venen bezeichnet. Diese letzten Symptome sind sehr böse, und der Ausgang fast immer tödtlich. Die

Krankheit ist aber nur dann böse, wenn sie in die 2. Periode tritt, wo dann die Hälfte der Kranken unterliegt. Sie ergreift Kinder von 4 Jahren.

Unverdaulichkeit. Kind von 4—8 Jahren mit Symptomen wie beim Erwachsenen, nur dass leichtes Erbrechen folgt. Dabry gibt den Namen dafür nicht an. Dyspepsie h. im Chinesischen *Joo choo*, aber auch *pei*, *hëen peih* und *hien tchang*, je nach der Abart.

18) ***Kin fong*** hat 2 Arten: a) *ki kin fong* und b) *man kin fong*. Ursachen: Das schwächlich konstitutionirte Kind wird von Erkältung ergriffen nach grosser Furcht; oder ein robustes, von Galle durchgearbeitetes Kind erkältet sich. Die erste Ursache passt für *man*, die zweite für *ki kin fong*. — a) *Ki kin fong*. Vorläufer: Hitze, brennender Athem, bisweilen Schlaflosigkeit, andere Male Schläfrigkeit oder aufgeregter Schlaf, Zorn, Traurigkeit, rothes Gesicht, sehr rothe Schläfe, rothe Flecke auf der Albuginea des Auges, Blick starr, Urin und Stuhl gelblich-roth, rothes Indexgefäss; dann kommen Konvulsionen, Mund geschlossen, Finger nach der Hohlhand gebeugt, anhaltende Bewegung der Augenlider, Schleim, der sich rings um den Mund zieht, die Muskeln zur Seite gezogen und kontrahirt, Athem schwierig, Leib eingezogen, Kontraktion des Mundes, Bewusstlosigkeit, reichlicher Schweiss, Gesicht und Lippen bläulich. Bei dieser Art kann nur eine Krise statthaben; die anderen Krisen folgen nach in mehr oder minder langen Stufen. In den Zwischenzeiten erduldet das Kind Schläfrigkeit, ist ermüdet, verlangt nicht die Brust zu nehmen. Bisweilen folgt auf eine Krise die Lähmung einer Gliedmasse, einer ganzen Körperseite, andere Male wird die Vernunft gestört. Oft beschränken die Konvulsionen sich nur auf einen Theil des Körpers; dann ist die Krise minder heftig, die Hitze minder stark, der Mund z. B. nach links geneigt, die Finger nach der Hohlhand gebogen, Gesicht röthlich, Lippen bläulich, die ganze Seite kalt, Augen starr, Sinne nicht verloren. Die Krise geht rasch vorüber, die Augen bleiben nur wenig starr, etwas Hitze, gelber Urin. Allmählig verlieren diese Symptome sich, und der Kranke ist

geheilt. — Diese Krankheit ist, sobald die Krise sehr stark ist, sehr böse, und führt oft (bei $^{9}/_{10}$) zum Tode. Besonders gibt Fieber eine sehr böse Prognose. (Nun werden 2 Heilmittel empfohlen.) Helfen diese nicht, so werden die Krisen wieder kommen mit Erbrechen, Durchfall, aufgeschwollenem Leibe. Der obere Knochen des Kopfes wird anschwellen, die Zähne knirschen, sehr starke Konvulsionen, Gesicht und Lippen bläulich. Nur das Metopon ist bläulich oder roth; wenn roth, so ist noch Hoffnung zur Heilung, wenn bläulich, so ist der Ausgang fast immer traurig. Die Krankheit ergreift Kinder von 1—4 Jahren, und ist zu 3 Jahren sehr häufig. —

Also nur die temporäre, Kennedy'sche Paralyse, und zwar cerebrale, richtiger vielleicht cerebro-spinale Paralyse, nicht aber die infantile.

Im Uebrigen würde die neuere Diagnose noch ganz andere Symptome von der Beschreibung fordern, während das Zeichen des Metopon doch noch unbekannt scheint. Diese Krankheit ist die ausführlichst beschriebene.

b) *Man kin fong.* Das Kind ist von einer schwachen Konstitution, hat den Magen ermüdet. Wird es plötzlich von einer Erkältung ergriffen, so entstehen daraus folgende Beschwerden: Körper kalt, Athem kalt, Stuhl flüssig und fast grün, das Auge immer halb offen, gelbes Indexgefäss. Solche Vorläufer kündigen Konvulsionen an. Treffen selbe ein, so werden die Finger nach der Hohlhand eingeschlagen, andere Male von anhaltenden konvulsivischen Bewegungen erregt. Manches Mal erstrecken sie sich über eine Seite des Körpers, andere Male auf den ganzen Körper. Bisweilen sind Fieber, Erbrechen oder Diarrhoe zugegen, Gesicht und Mund sind bläulich, Augen starr, der ganze Körper (Rumpf?) und die Gliedmassen kalt, Athem schwierig. Diese Krankheit ergreift Kinder jeden Alters, gemeiniglich aber zu 2 Jahren. — Dann kommen folgende Symptome: sehr kalte Glieder, Husten, violettes Gesicht, sehr lebhafter, epigastrischer Schmerz, Schmerz in den Seiten, weisse Kontouren auf den Lippen, Haare gesträubt, anhaltende Bewegungen des Kopfes, Konvulsionen, starre Augen, anhaltend Uriniren und Stuhlentleerung. Bis-

weilen sind die Konvulsionen sehr lebhaft und rasch. Ausser *Pou py tchin tong* wird anhaltendes Reiben der Magengrube empfohlen. — *Man kin fing* ist offenbar ein krampfhaftes, also von dem paralytischen *ki kin fong* wesentlich verschiedenes Leiden, und ist die Zusammenstellung nicht klar, die Schilderung, da der Ausgang namentlich unerwähnt bleibt, nicht vollständig. Diagnostisch würde es etwa als die schwerere Form der Eklampsie und mit Rücksicht auf Entstehung als idiopathische aufzufassen sein; denn Epilepsie, Chorea minor und major können hier gar nicht zur Sprache kommen. Allein der Pleurosthotonus ist von der Eklampsie nirgends angegeben. Die weissen Kontouren auf den Lippen, sogenannter „Lippenring" sind ebenfalls etwas Eigenthümliches, da wohl blaue, gelbe, grünliche und rothe, nicht aber weisse Lippenringe bisher eine symptomatologische Rolle gespielt haben. Der von Biett als syphilitisches Kennzeichen angegebene Rand rings um den schuppigen Fleck ist das einzige Analoge. Da Pemphigus syphiliticus auf den Lippen vorkömmt, so könnten auch Biett's weisse Kontouren da sein, allein hier ging keine Blasenbildung vorher. *Ch' he tsung* ist endlich der gewöhnliche Ausdruck für Eklampsie der Kinder, wahrscheinlich für eine andere Form. —

19) *Hien tchang.* Wird die schwangere Mutter von grosser Furcht ergriffen, so kann das Kind bei der Geburt von folgender Affektion befallen sein: starre Augen, offener Mund, aus dem bisweilen Schleim fliesst; blaues Gesicht, Konvulsionen, unwillkürliche Entleerung von Urin, kalter Schweiss am Kopfe, unterbrochene Respiration. Man würde sagen, das Kind werde ersticken. Die Krise dauert längere Zeit, etliche Sekunden oder 1—2 Minuten, doch hat man sie auch bis 15 Minuten dauern sehen. Anfangs erneuern diese Krisen sich selten. Bisweilen vergeht eine Pause von etlichen Monaten, selbst ein Jahr zwischen ihnen. Allein oft nähern sie sich, und zuletzt ereignen sie sich in einem Tage mehrmals. In den Zwischenzeiten ist das Kind keinem der vorigen Symptome unterworfen. Wiederholen aber die Anfälle sich, so alteriren sie allmählig die Funktionen; das

Kind isst nicht mehr, schläft nicht, urinirt, ohne es zu bemerken, bekommt Diarrhoe und stirbt nach einem mehr oder minder entfernten Anfalle. 4—5 Monate ist mittlere Dauer. Diese Krankheit ist sehr böse, rafft die Hälfte der Befallenen hinweg. —

Der Name *h. tch* „langes Hinderniss", *Hëen* insbesondere Epilepsie und die entschieden epileptisch ähnlichen (epileptoïden) Anfälle sprechen dafür, dass Epilepsie gemeint sei. Allein die äusserst unvollständige Beschreibung, — man vermisst insbesondere die Symptome des Bewusstseins, des Schreckens, des Hinfallens u. s. w. — könnte der Diagnose noch einen Theil ihrer festen Stellung entziehen. Es ist nicht einmal vermuthungsweise anzugeben, ob hier nur ein sekundäres Leiden vorliege.

20) *Kia po ho.* Trinkt das erhitzte Kind kaltes Wasser, so entsteht folgende Affektion: Kopf brennend und schmerzhaft, Körper brennend, Augen starr, Mund offen, Art von Erstickung; Hals sehr geschwollen, pfeifendes Rasseln, Konvulsionen. Dieser Anfall kann 4—5 Stunden dauern. Hernach nimmt plötzlich der Tod das Kind fort. Man akupunktire sofort und blase in die Nasenöffnungen *tang kouan san.*

Scheint trotz der angeblich raschen Tödtlichkeit doch nur eine Angina tonsillaris mit starker Mandelhypertrophie zu sein.

21) *Ty kou*, Weinen (*k'hŭh* h. Weinen). Diese Krankheit ist böse. Gewöhnlich sterben $^7/_{10}$ an ihr. Sie hat 4 Arten: a) *Han kou.* Kind von 1—2 Jahren wird von Erkältung ergriffen, wimmert anhaltend, hat Leibschmerz, der geringer wird durch Druck auf den Leib, Gesicht blau, Hände kalt, nimmt die Brust nicht, hat grosses Indexgefäss.

Müsste als blosse Neuralgie gedeutet werden, weil kein Zeichen von Tympanitis, und das Alter selten dem Rheumatismus entspricht. b) *Je kou.* Das 1 oder 2 Jahre alte Kind hat bei hoher Temperatur plötzlich rothes Gesicht, weint anhaltend, nur des Nachts nicht. (Könnte in Folge der Bettwärme sich bessern, was ebenfalls für Neuralgie

sprechen würde, oder könnte als Neuralgia intermittens gelten); Zunge sehr roth, Kind weint viel, wenn man Licht anzündet (könnte auf Reiz des Gehirnes deuten); rothes Indexgefäss. — c) *Chin pou* (*kŭh?*) aus Furcht oder Zorn. Das 1—2jährige Kind drückt sich ganz an die Mutter, weint, sobald man es niedersetzt. Gesicht roth, allgemein heiss. Kind nimmt die Brust bisweilen. 1—2 tägiges Leiden. Also wohl nur psychische Schwäche. (Missvergnügen, Tabes meser., Intestinalbeschwerden oder gar cerebraler Hydrops müssen, der kurzen Dauer wegen, ausgeschlossen werden.) d) *Ko kou*. Das Kind hat kalt oder ist erhitzt, weint anhaltend, verlangt die Brust und nimmt sie nicht. Anhaltend aber sind die Augen des Kindes thränend. [Von dem *hiuen*, unaufhörlichem Weinen und von dem *Chue*, einer Abart desselben, spricht Dabry gar nicht.] Ob bei *ko kou* Schnupfen, Zahnreiz, Atrophie, cerebraler Hydrops und Aehnliches vorliege, lässt aus der zu grossen Kürze der Angaben sich nicht mehr erkennen. — Das Weinen bei Rhachitis, im Falle von Kraniotabes durch Kopfdruck, nimmt keine Stelle hier ein; vom Weinkrampf ist keine Andeutung gegeben, und doch müssten beide auch hier ihren Platz finden, da das freilich gegenüberstehende Analogon des Lachkrampfes durch *yuh* (konvulsivisches Lachen) seine Bezeichnung gefunden hat. — Das unaufhörliche Schluchzen (*yin*) ist unter den obigen Leiden nicht enthalten. *Wă*, das Klagen eines kleinen Kindes, schon längst bekannt.

Verstopfung*). Das Kind ist verstopft, der Leib aufgeschwollen, Hitze und Erbrechen der Nahrung, Gesicht roth, Augen immer offen; Schlaflosigkeit, Aufregung, rothes Indexgefäss. Ist der Leib schmerzhaft und fest, dauert die Verstopfung fort, so komplizirt sie sich mit anderen Krankheiten. — Scheint sich, da von Erbrechen die Rede ist,

*) War schon bei 1) *tsy fong* unter dem Namen *so kang* besprochen. Weder dort, noch hier wird der Gebrauch eines Weines analog dem ungarischen Ruszt angerathen, woraus zu schliessen, dass die Praxis sich mehr auf Arme bezieht. An Wein ist China reich.

auf einen schon längeren Zustand als Obstructio alvi zu beziehen. Wie es dabei mit der Kompression der Brust etc. stehe, erfährt man nicht.

Unterdrückung von Urin. Ist das Kind erhitzt, das Wetter sehr heiss, und trinkt das Kind kaltes Wasser, so wird das Uriniren unterdrückt, der Leib schmerzhaft, gebläht, Gesicht roth, Durst, rothes Indexgefäss.

Auch hier ist die Beschreibung eine abgebrochene, und nicht zu ermitteln, ob eine beginnende Peritonitis vesicalis erscheinen solle.

22) Kopfschmerz 1) am Scheitel des Kopfes. (Bei Erwachsenen nannte Dabry den Kopfschmerz *teou tong*; jetzt lässt er den chinesischen Namen gänzlich fort und doch kennt der Chinese noch einen *Kwan seaou* und einen *pe*, die somit von den hier angegebenen zu trennen sind.) Die beiden Stirnbeine des Kindes sind nicht vereinigt. Kind ist schläfrig, nimmt die Brust nicht, ist blass, hat die Augen halb geschlossen, anhaltend Schmerz im Kopfe. Ist eine sehr böse Krankheit. Oft tritt nach 40 Tagen der Tod ein.

Zur Behandlung wird eine Paste empfohlen, die man auf beide Stirnbeine zu legen habe. Diese solle man durch Kompression zu einander führen. — Offenbar ist hier ein Symptom mit einer Krankheit verwechselt, dem zu späten Verwachsen der Stirnnaht, gerade demjenigen, das bei uns am seltensten vorzukommen scheint. Leider sagt der Verfasser nichts von dem Alter, in welchem dieser Bildungsfehler sich merklich macht, und ob hierbei eine Hernia cerebralis anterior betheiligt sei. Denn unsere Pädiatriker wollen gerade diese Hernie als Ursache der gehemmten Knochenverbindung ansehen, nur dass sie eben die posterior als die gewöhnlichste betrachten. Ob die relativ schnellere, in China beobachtete Tödtlichkeit durch unvorsichtigen Druck herrühre, ist höchstens denkbar; dass die Hernie, wenn klein, auch übersehen werden kann, eben so glaublich, das therapeutische Verfahren eigenthümlich, obgleich auch Bednar bei Kraniotabes einen Verband zur Haltung empfiehlt, aber keine Nachricht über dessen Erfolg gegeben,

der vielleicht nicht besser als beim Abtragen der Hernie sein wird. Das Symptom des Kopfschmerzes ist von den modernen Kinderärzten gerade nicht hervorgehoben, selbst nicht bei Kraniotabes, in welcher ebenfalls die Interstitien der Knochen so lange offen bleiben.

2) *Sin tchong.* Zu 1—2 Jahren. Am Scheitel des Kindes tritt ein grosser, rother Tumor auf, der indolent gegen Berührung ist, ohne Härte, weicht unter dem Drucke der Hände. Allgemeine Hitze, rothes Indexgefäss, reichlicher Schweiss, Albuginea des Auges roth gefleckt, Gesicht gelb; Erbrechen nach dem Saugen der Brust, epigastrischer Schmerz. Dauert 3—4 Tage lang, und hat wenig zu bedeuten.

Die Unschmerzhaftigkeit beim Drucke stimmt nicht mit den Erfahrungen über Reposition von Gehirnbruch. Die Geschwulst dürfte schon um deswillen eine extracraniale sein. —

Siu hien. Eindruck am Scheitel des Kopfes wie ein Loch; weisses Indexgefäss, Durchfall, Abgeschlagenheit, Magenschmerz, Gesicht weiss oder gelb, Durst, flüssiger Stuhl nach dem Trinken, die 4 Gliedmassen kalt, Hitze, Schlaflosigkeit. Diese Krankheit ist sehr böse, nimmt $^{7}/_{10}$ das Leben.

Craniotabes, aber zu wenig charakterisirt.

23) *Tien tchou kou teou.* Kopf ist zur Seite geneigt, kann sich nicht in seine natürliche Stellung bringen. Diese Affektion ist oft Folge anderer, oft sehr böser Krankheiten. Dauert 20 Tage. Kann also nicht wohl Caput obstipum sein. Für Torticollis posterior ist keinerlei Zeichen vorhanden. Ob eine rheumatische, durch Erkältung entstandene Paralyse der Halsmuskeln? (soll nicht vor dem 6. Lebensjahre vorkommen). Jedenfalls kein angeborener Schiefhals, da es nicht im Texte bemerkt ist.

24) Augenkrankheiten sollen dieselben wie bei Erwachsenen sein. (Man stellt aus dem Auge Prognose und diagnostizirt den Zustand der Eingeweide *yèn.* —

Ich erwähne hier zunächst, dass man in China von doppelten Pupillen spricht. Beispiele von Existenz einer solchen in Europa werden nicht genannt, und ist es schwierig, zu begreifen, was eine solche Missbildung sein sollte. Wäre

sie aber thatsächlich, so müsste man sie doch als ungeboren betrachten. Da Dabry auch die Augenkrankheiten der Erwachsenen nicht besonders abhandelt, obschon China augenärztliche Spezialisten und Schriftsteller besitzt, so wird das Verzeichniss der Augenleiden nicht unnütz sein: *keaou*, eine dicke Haut über den Augen. *Chĭh*, eine Augenkrankheit. *Chow*, ein schielendes Auge, *keaou* (ebenso geschrieben), dicke Augenlider. *Heuen*, trübes Sehen. *Fan*, grossäugig. *Mung* oder *Wang*, ein Auge ohne Pupille, ein blindes Auge. *Hwŭh*, die Augen durch Alter verdunkelt, aber fähig, weit zu sehen. *Maou*, 1) eine kleine Pupille, 2) undeutliches Sehen. *Meaóu*, 1) ein kleines Auge, 2) blind auf einem Auge. *Mĕen*, das Auge auf einer Seite geschlossen. *P'han tsing*, grauer Staar. *Hĕen*, grosse Augen. *T'hĕĕ*, vorragende Augen, auch *tĕe*, besonders *hàn* (Exophthalmus.) *Heuen*, unfähig, einen Gegenstand in der Ferne zu sehen. *Loo*, ein den Augen naher Tumor. *Sĭng*, eine Augenkrankheit, bei welcher Hornhautflecke über sie wachsen. *Tsae*, der Augenwinkel gebrochen. *Wau*, 1) Verletzung der Pupille, 2) ein leeres Auge. *Wé*, das Auge verfinstert, und unfähig, Farben zu unterscheiden. *Che*, kranke Augenwinkel. *Che hwun*, die Augen mit Materie verstopft. *Mŭh*, eine Augenkrankheit. *K'hĕ*, einäugig. *Laé*, die Pupille verzogen. *K'hwei*, Augen mit kleinen Pupillen. *Sow*, pupillenlose Augen. *Sùn*, Augenkrankheit. *T'hang*, ein unbewegliches Auge. *Wei*, Augenkrankheiten. *K'hwang*, ein pupillenloses Auge. *Kwang*, ein farbloses Auge. *Yaou*, eine Gesichtstäuschung. *Mung*, Amaurosis bei wohlerhaltener Pupille. *Keĭh*, die von ihrem Centrum aus verschwindende Pupille. *Pĕĕn*, angeborene Blindheit. *Mĕĕ*, kranke rothe Augen. *Koo mùh*, blind auf beiden Augen. *Kĕĕn* scheint *Ptosis* zu bezeichnen. Der Chinese beurtheilt den Magen nach den Augenlidern: (*tseĭh*, thränenergriffen), *tsin*: rothes, *tsăng*: kleines Auge. (*Hëang yu* und *Shun* sollen in jedem Auge die Pupille doppelt gehabt haben. 4eckige (*square*) Pupillen *t'hung tsze fang*. *Leaòu*, fernsichtig. *Tang mung*, Auge ohne Pupille. *Mwân*, platte Augen, die Augenwinkel in einem Niveau. *Ch'hĭh*, wässerige Augen.

Für Europa eine sparsame, für Kenntniss chinesischer

Arznei eine reichliche Pathologie, aber Dabry bereichert unsere Erfahrungen über sie nicht.

25) Ohrkrankheiten. Alle sind dieselben für ein Kind wie für einen Erwachsenen. Eine aber ist dem Kinde besonders eigenthümlich: rings um das Ohr bildet sich eine Menge runder Knötchen. Nach 3—4 Stunden fliesst gelbliche Masse aus, exkoriirt die Theile, welche sie berührt. Nach 2 Tagen schwillt das Ohr beträchtlich an. — Doch wohl nichts Anderes als Eczema aurium. — Allein Dabry vergisst *Lëen* den Taubgeborenen, *teen*, herabhangende, *tă*, viel herabhangende, *chĭh*, aufrecht stehende, *kŏ*, grosse Ohren und ä. angeborene Bildungen. Von den Ohrkrankheiten der Erwachsenen sagt er aber so wenig, dass man nicht einmal die alltäglichsten aufgezeichnet findet, um sie nach den verschiedenen Lebensaltern zu vergleichen, z. B. nichts v. *hŭh*, Geräusch in den Ohren, auch *tsaou* gen., *Leaou*, ein Tönen, Klingeln, Brummen (Summen) *) in den Ohren, auch *lŭh* genannt, *tëen*, ein die Ohren füllender Ton, *wae*, taub, *tsaë*, halbtaub, ebenso *wang*, *ting*, faule Absonderung aus den Ohren.

Nasenkrankheiten sollen eben so wie im Erwachsenen sein, die aber auch nicht ausführlich besprochen sind. Ich finde dagegen anderweitig *k'hew*, die Verstopfung durch Kälte, *wŭh*, durch Katarrh, *nuh*, Nasenbluten. *Che*, Nasenkarbunkel. *Hung*, Ausfluss aus Nase, *hŭh*, Athmen durch Nase. Als Bildungsfehler: *lëen tëen*, herabhangende Nasen, *yaou*, eine gebrochene Stumpfnase; *leaou yaou*, auch *kew new* genannt, die aufwärts gekehrte Nase, *tsin* und *tsan*, hohe Nasen. Für häutige, jedenfalls bekannte Stenose der Nase und für Tuberkeln des Siebbeines habe ich bis jetzt nichts ausfindig gemacht.

26) Mundkrankheiten bei 1—2jährigem Kinde. Die Zunge ist weiss und von kleinen, rothen Geschwülsten besetzt. Kind verweigert die Brust oder nimmt sie und dann schmerzt die Zunge; Hitze, rother Urin, rothes Indexgefäss. Ist wenig bedeutend, dauert 1—2 Tage (?). Bisweilen bilden sich im

*) Vielleicht also sowohl für Erkrankung von Schnecke, zumal *tëen*, wie von Vorhof im Sinne von Erhard.

Grunde kleine, rothe Geschwülste, durchbohren ihn und das Kind ist geheilt.

Wenn diese Darstellung treu ist, so hat das Säugungsgeschäft in China eine lange Dauer. Die Zungentumoren könnte man auf die Erhöhung der Papillen beziehen. Das Durchbohren der Zellenlage des Epithels ist ein von Bednar für die Pilze des Soors gebrauchter Ausdruck, die man somach hier ebenfalls annehmen dürfte, wenn nicht von rothen Tumoren, also nicht von weissem Soor, die Rede wäre. Aphthen voraussetzen ist noch misslicher, heisst übrigens *koo* (*kŭh*) im Chinesischen. Das Alter des Kindes und das Besetztsein der Zunge würden zwar dafür sprechen, aber nicht der Ausgang, die Dauer, die Röthe. Ich füge hinzu: *k'hwa*, ein böser Mund, *hwan*, ein grosser Mund, *k'how o*, Geschwür, Wunde, Schwär (*sores*) um den Mund herum. *Suy*, den Mund zusammenziehen, *heu* und *yei*, den Mund weit aufsperren, *hŏ*, geschlossener (stenotisch?), vereinter Mund, *hwa*, der offene Mund, *p'ha*, weitmündig, *p'ha ya*, breiter Mund. — Von Microstoma habe ich nichts aufgezeichnet.

In Betreff der Stimme hat man für die Kinderwelt zwar einzelne Beiträge in der neueren Zeit geliefert, doch wird in den Handbüchern meist keine Notiz davon genommen. Unser Autor geht ebenfalls in die Beschreibung der Stimme äusserst wenig ein und beraubt uns dadurch vielfacher Einsicht. Der Chinese ist aber nicht ganz unächtsam, und bezeichnet durch *ne* eine kleine Stimme, durch *wa*, auch *ho*, das Schreien des Kindes, *t'haou*, das unaufhörliche Schreien des Kindes, *shi*, die gebrochene Stimme, *yae*, die heisere, h. auch viel weinend, *keaòu*, laute Stimme, *heu*, das Schmerzschreien, *the k'heĭh*, weinen und klagen, *hou*, lachen, *hung*, die laute Stimme, *hae*, das Lachen des Kindes als Zeichen seiner Gesundheit. — Die Stimmbezeichnung der Erwachsenen ist noch bei weitem reichlicher.

Die Krankheiten der Zunge heissen *k'hin*. Was Dabry von ihnen weiss, hat er nur gelegentlich als Symptom aufgeführt. Der kleinen Zunge *thĕe*, der kurzen *hwa*, der langen *chang shi*; *fan shè* der Zunge, die vorne breiter als hinten („die Wurzel vorn hat", also vielleicht durch

zu kurzes Frenulum angewachsen ist) und die einer ganzen Nation eigenthümlich sein soll, ist er nicht eingedenk gewesen.

Nur beiläufig findet man in der Abhandlung etwas von den Schlundfunktionen. Bemerken wir also *yïh* ein Hinderniss im Schlunde (durch Steckenbleiben eines fremden Körpers beim Essen) h. auch Schlucken; *yay heou*, Schlundkontraktur, *jou ngeou*, Krankheiten des Schlundes und der Kehle, *fan weih*, Unfähigkeit zu schlingen.

Schwieriger ist es, etwas über die Erkrankung der Speicheldrüsen zu ermitteln, obschon der Salivation so häufig gedacht ist. — Das Speicheln h. *t'ho*. Da es beim Zahnen, bei Schwämmchen, chronischem Wasserkopfe, Mundfäule in der Kinderwelt häufig, in Geisteskrankheiten schon in sehr jugendlichem Alter ohne körperliche Erkrankung erscheint, so dürfte man seine gesonderte Besprechung in chinesischen Monographieen erwarten.

Die Lippenleiden sind nur sehr sparsam bekannt: *fan* eine Person mit Hasenscharte, *chin* böse Lippen und Lippenpusteln. —

Ranula scheint nicht beschrieben. Auf Stomacace und Noma kommen wir noch unten zurück.

Seltsamer Weise heisst es auch von den Zahnkrankheiten, sie seien dieselben wie beim Erwachsenen, als ob der ganze Zahnungsprozess nicht dem Kinde eigen wäre, das verspätete Zahnen, das verfrühte Zahnen ein Leiden des Erwachsenen wäre. *Hán* schlecht angeordnete Zähne, *gae* verdrehte, *ya* verbogene, *tsch'â* schlecht gestellte, *hiă* doppelte Zähne können doch nicht anders als der Kindheit zugeschrieben werden. Die Erscheinung des Weisheitszahnes und das verspätete Zahnen ist ja nicht Analogie der ersten und zweiten Zahnung; dagegen *kea* die Karies der Zähne allerdings auch Angelegenheit des späteren Alters ist. Ich habe mich nach einer Beschreibung oder Benennung der Zahnerweichung umgesehen, ohne bis jetzt deshalb befriedigt zu sein, dagegen *tiĕ* Firmität der Zähne.

Von Wangenleiden nenne ich *Cha sze* den Wangenkrebs; *ya haou* rothe, nicht geschwollene Wangen mit eiterigem, blutigem, stinkendem Ausflusse. *Tschuen ya kan*

schwerhafte Wangenschleimhaut, wobei die Zahnwurzeln zu Tage kommen, keine Ulzerationen; bei Kindern von 5—6 Jahren häufig. *Trò ma ya kan*, eine bei Kindern häufig in Folge von Pocken eintretende Krankheit: Ulzeration der Wange, die schwarz wird, bei stinkendem Athem; alle Zähne werden locker, Blut tritt aus der Wangenschleimhaut, und dadurch bilden sich an einzelnen Stellen kleine, deutliche Löcher, die sich dann verstopfen, Stomacace.

Sprachfehler und Kehlkopfsleiden nehmen bei Dabry keine Stelle ein, und doch kommen sie im kindlichen Alter schon vor: *K'heih* stammeln, *k'how k'heih* stottern, *no* ein Hinderniss zu sprechen, Schwierigkeit der Artikulation, *a p'ha* stumm. (Dass bei Kindern die Sprache in allerhand Krankheiten, wie bei Ausschwitzung oder Geschwülsten in der Schädelhöhle, starken Hirnkongestionen, exanthematischen Krankheiten, Wurmleiden, Chorea verloren gehen könne, ist bekannt.) Nur das späte Sprechenlernen findet unter der Rubrik *In tche* eine Stelle in Dabry. *Ya tsze* eine stumme Person. *Schin* Hinderniss zu sprechen.

Am Halse war der Kropf *yng tsi* geschildert, doch nur im Erwachsenen, obschon doch gerade meist in der Kindheit entwickelt.

Auf Asthma thymicum und thyreoideum mit Bestimmtheit bezügliche Affektionen kann ich jetzt noch nicht erwähnen. Auch fehlt ein sicherer Befund für Halszellgewebsentzündung.

27) *Kouei py* erscheint bei 3—4 jährigem Kinde. Nach plötzlicher Erkältung schwillt der obere Theil der Rückenwirbelsäule an, dann folgen Husten, Speien, Blässe, Hitze, weisses Indexgefäss. Diese wenig bedeutende Krankheit dauert 20 Tage. (Könnte durch 1—2 Tage mehr, doch erheblich in unserer gerichtlichen Bedeutung werden.) — Ob der Uebersetzer nicht Wirbelsäule statt Nacken gesetzt hat, kann ich, in Ermangelung des Textes, nicht erkennen; heftiger Nackenschmerz ist den Chinesen bekannt (*k'hing*), vielleicht selbst als Zeichen der Meningitis cerebrospinalis, aber hier nicht wohl anzunehmen; eben so wenig, in Rücksicht der Dauer, pott'sches Uebel, vielleicht also ein blosses Ery-

sipel, oder Schwellung des Zellgewebes. Eine Spondylarthrocace thoracica würde nicht so rasch vorübergehen können, das Rückwärtsziehen und Verkürzen des Halses wäre erwähnt worden, ebenso die Lähmungserscheinungen, das hektische Fieber etc. Die Angina Hippocratis (Tumor albus nuchae, Spondylarthrocace cervicalis) hat allerdings eine Schwellung der genannten Art, doch höher hinauf sitzend, bei lebhaftem Kopfschmerze, steif gehaltenem Nacken und Halse, Schlingbeschwerden, so wie den Umstand aufzuweisen, dass ihre leichten Grade ebenfalls heilbar, vielleicht auch mit dem oben unter 25) stehenden Uebel in kausaler Verbindung sind.

28) *Kouei hiong.* Ein 3—5jähriges Kind. Nach Erkältung schwillt die Brust an, Husten tritt ein, nach dem Husten Schweiss, Blässe, rothes Indexgefäss. Dauert 10—20 Tage und hat wenig zu bedeuten.

Es ist undenkbar, dass eine ödematöse Anschwellung der Brustbedeckung hier gemeint sei, da sie bei Phthisis pulmonum zu baldigem Tode führt, im Hydrothorax der Kinder, der, mindestens bei Scharlach, nicht gar zu selten scheint, doch nicht wenig bei Kindern zu bedeuten hat. Im Asthma sieht man sie allerdings, und selbst als gutes Prognosticum, doch ist hier nicht von einem vorher asthmatischen Kinde die Rede gewesen. Die sprachliche Bedeutung gewährt nicht viel Aussicht, zu grösserer Klarheit zu gelangen.

29) *Tan tou.* Kind von 3 Monaten bis 3 Jahren. Gesicht und Hals sind angelaufen, Leib aufgebläht, Hitze, die 4 Gliedmassen kalt, Erbrechen nach Brustnehmen, rothe Knötchen (plaques) auf den Oberschenkeln, Hinterbacken, Wangen und Knieen. Man steche sie an, entziehe ihnen etwas Blut. Befolgt man die angegebene Behandlung nicht, so nimmt die Krankheit nach 5—6 Tagen einen tödtlichen Ausgang. Sie ereignet sich in der Zahnung. —

Die Furunkulosis, welche unter den hier zu vermuthenden Ausschlägen sich befinden könnte, bei Erwachsenen alle Theile des Körpers und selbst gleichzeitig, besonders aber die hier angegebenen Oerter ergreifen kann, verläuft, wie es scheint, bei Kindern nicht so kürzlich, und scheint trotz

ihrer Schmerzhaftigkeit doch nicht ein so böses Ende zu nehmen, wie hier geschildert. Von den gewöhnlich bei der Zahnung ausbrechenden Exanthemen, der Urticaria, dem Lichen, Prurigo, Eczema und Impetigo gilt diese Bemerkung in noch weit höherem Grade. Lupus (tuberos., weiche Knoten bildend) tritt wohl ebenfalls an Wangen, Oberschenkeln, Hinterbacken auf, aber nicht zu 3 Mon., Zellgewebsentzündung, an Gesichtstheilen, Gliedmassen, besonders Gelenken, macht den ganzen Körper heiss, dauert bei Eiterung über 5 Tage, führt zu Geschwulst, Härte, Schmerz, Pusteln. Für den Autor desselben scheint das Hauptbild ein akuter, mit vieler Heftigkeit und Gastrizism. ausbrechender Ausschlag zu sein, bei welchem allerdings, ähnlich wie in Masern, Pocken etc., Gesichtsschwellung vorkommen kann (Halsschwellung beim Scharlach gilt für günstig).

Ecthyma infantile erscheint vorzugsweise am Gesichte und Halse bei Säuglingen, und ist blasig, lässt sich also nicht wohl annehmen. Noch weniger ist an Hauttuberkeln zu denken, Diphtheritis wählt andere und besonders exkoriirte Hautstellen.

30) *Kan ping. Sin kan.* Vorläufer: Urin wie Reiswasser, klebrig; nach der Mahlzeit grosse Hitze, 10 Tage hernach rothes Gesicht, Hitze, bisweilen Schweiss, Schweisslosigkeit, Sehnenhüpfen, Zähneknirschen (Brigmus), darauf schwarze Knötchen auf der Zunge, rother Urin, epigastrischer Schmerz, und Schmerz in der Wangenschleimhaut; Husten, gelbe Stirn, Abführen, kleine blaue Venen auf den Ohren. Das Kind schläft gern auf dem Leibe, rothes Inderzgefäss. Dauer der Krankheit 14 Tage. Im Falle der Ausgang tödtlich ist, sind die letzten Symptome: aufgedunsener Leib, heftiger Husten, Erbrechen, die 4 Gliedmassen kalt, Ruhr, anhaltender Stuhl; 4—5 Monate hernach unterliegt der Kranke. Ist sehr böse und rafft $^{6}/_{10}$ fort.

Obschon der Ausdruck *ping* akute Krankheit bedeutet und dicker Urin bei Ekzem bisweilen gefunden worden ist, also auch hier in Folge der Knötchen auf der Zunge eintreten könnte, so sprechen doch die letzten Symptome mehr für ein chronisches, nicht

einmal typhöses Leiden, also etwa ein chronisches entzündliches Darmleiden. Was die schwarze Färbung betrifft, so scheint sie bei Chinesen überhaupt eine grössere pathologische Rolle als irgendwo zu spielen, und findet sich selbst eine dergleichen nicht gangränöse und plötzliche eintretende vor, welche grössere Theile des Körpers, zunächst der Extremitäten, befällt, vielleicht also identisch mit den *black legs* der Ottawa's ist. Auch in meiner Praxis begegnete ich einer Frau, welche über ein solches Symptom klagte, das angeblich öfter bei ihr (durch Gemüthsbewegungen) sich einstelle.

32) *Kan kan.* Kind von 3, 4, 5 Jahren u. s. w. Vorläufer: Urin wie Reiswasser, klebrig. Nach der Mahlzeit grosse Hitze; 10 Tage hernach blaues Indexgefäss, Gesicht und Nägel bläulich, dicker Schleim fliesst aus dem Augenwinkel, anhaltend Augenschmerzen, Kopfbewegung, Zucken der Augenlider. Legt sich und schläft gerne auf dem Bauche. Aus dem Ohre fliesst Feuchtigkeit, welche die von ihr benetzten Theile exkoriirt, Leib aufgebläht, und von kleinen blauen Venen bezeichnet, Abmagerung, epigastrischer Schmerz, Durst, harter und schwarzer Stuhl. Sind die hier angegebenen Heilmittel unzureichend, um die Krankheit aufzuhalten, so sind die anderen Symptome: sehr grosse Migräne, Wolken vor den Augen, Gesicht sehr schwach. 3—4 Monate hernach werden diese Symptome schlimmer, und der Kranke unterliegt. Die Krankheit ist sehr böse, rafft $^{5}/_{10}$ fort. Oft wird das Kind zwar geheilt, aber blind.

Die Ohraffektion könnte leicht an eine Erkrankung der Schädelbasis denken lassen, allein dafür liegt kein genügender Anhalt vor, die Blennorrhoe des Auges ist auch nicht die Hauptstörung, dagegen zeigen die blauen Venen des Unterleibes eine Störung der dortigen Eingeweide mit Betheiligung des Pfortadersystemes an. Von Baucheingeweiden aber sind hier wirklich die Nieren erkrankt, etwa wie in Bright, und die nachherige Erblindung, welche in kausalen Zusammenhang mit Bright gesetzt worden ist, scheint noch mehr

dafür zu sprechen, dass die Nierenaffektion hier das Wesentlichste sei. Bliebe noch der Zusammenhang mit der Otorrhoea nachzuweisen.

33) *Py kan.*

Alter und Vorläufer wie bei *kan kan*. Symptome: Indexgefässe und Gesicht gelb, Hitze, Schläfrigkeit, Müdigkeit, epigastrischer Schmerz, harter und angelaufener Unterleib. Der Kranke begehrt Erde zu essen oder Koth; Leib schmerzt, Kopf ist geschwollen, Hals sehr mager; der Kranke appetitlos, hat Erbrechen, Durst, festen oder flüssigen Stuhl. Letzte Symptome: anhaltender Durchfall, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, die 4 Gliedmassen und Kopf kalt, Schweiss. Nach 3—4 Monaten erliegt das Kind. Sehr böse Krankheit, da sie $^{6}/_{10}$ hinwegrafft. —

Pica und Malacie sind hier die hervorstechendsten Merkmale, aber doch nur Theilerscheinung der an ihrer blossen Benamung (*py* weiss, *kan* akute Krankheit) nicht zu erkennenden Beschwerde. Der Chinese unterscheidet in der Malacie noch Abarten, so *ke gaé* stinkende Dinge essen (*gae hwuy* stinkende Nahrung, *gae yih* verfaulte Nahrung, *hwuy gaé* stinkenden Reis) *).

In der Enteritis folliculosa, auf welche Mancher vielleicht schon die in *Kan kan* beschriebenen Bauchvenen möchte bezogen haben, ist solche Malacie nicht zu bemerken oder nicht bemerkt worden. Dabei ist*) das Hineinschieben des Hinterhauptbeines unter die Scheitelbeine, so dass diese die obere, jenes die untere Stufe einer Treppe bilden, eine so auffallende Erscheinung, dass sie dem sinesischen Arzte nicht entgehen konnte, zumal bei tödtlichem Verlaufe auch die Stirnbeine sich unter die Ossa parietalia begeben, wodurch eine beträchtliche, von Gehirnatrophie bedingte Entstellung entsteht. Der Tabes mesenterica wird die Malacie nicht zugeschrieben, eben so wenig der Darmtuberkulose. Ein

*) Durch dessen Genuss, in Indien, das Burning of the feed der Sepoys entsteht.

**) Nach Bednar der serösen Diarrhoe zugehörig.

schweres Nervenfieber ist ganz entschieden nicht in *Py kan* zu suchen. Man müsste sonach an Irrsinn denken, aber der Schriftsteller führt keine anderen Störungen des Gemüthes oder Gehirnes vor. Er leitet den Leser vielmehr abermals auf Nierenstörung, in Folge deren alsdann ein Magenleiden eintreten kann, und bei Magenkrankheiten ist allerdings Malacia beobachtet worden. Aber hier ist es nicht der Zustand von Magensäure. Dieser veranlasst wohl Pica, aber nicht Malacia. Bulimia emetica, welche auf chronischer oder akuter Erkankung beruhen kann, ist mit Pica wohl verzeichnet, doch hier, wo Appetitlosigkeit, auszuschliessen.

34) *Fey kan* (auch nicht aus dem Namenselemente zu enträthseln). Selbes Alter und selbe Vorläufer wie bei der vorhergehenden Krankheit. Weisses Indexgefäss, Husten; die Haare wachsen nicht; Haut ist trocken, Fieber, Schleimfluss aus Nase, Tumoren auf Wange mit Ausfluss von weissen (soll heissen eiterigen) Massen. — Symptomengruppe einer skrophulösen Atrophie.

35) *Chin kan.* Selbes Alter, selbe Vorläufer wie bei *fei kan.* Dunkles blaues Indexgefäss, Wangenschleimhaut geschwollen, Verzögerung im Wachsthume, Gesicht blau, Ulorrhagia (Blutung aus dem Zahnfleische), Athem stinkend, Füsse kalt, Leib schmerzt, Wangenhaut ulzerirt. Innerhalb des Mundes findet man Knötchen, die sich allmählig ausbreiten, dann Abszesse an der Wange. Man unterscheidet einen sehr harten, centralen Anschoppungskern. Die Haut wird wie ein geäderter Marmor. Es bildet sich eine Kruste, anfangs mit einem schwarzen Flecke, der sich allmählig ausdehnt. Die blosgelegten Zähne fallen aus, die Abmagerung macht rasche Fortschritte, das Fleisch löst sich kappenförmig los mit unerträglichem Geruche. Scheussliches Gesicht. Nach 14—15 Tagen unterliegen die Kranken. — Noma, für das wir oben einen anderen Namen beizubringen wussten und das wir gegenwärtig allerdings besser kennen als es hier beschrieben ist. Wenn der Autor wirklich der Antiquität angehört, so kann es nicht mehr zweifelhaft sein, dass das Noma lange vor Hildan bekannt war, dem Hirsch es vindizirt hat. Das Symptom des geäderten Marmors ist ein

sehr seltenes und mir vor Kurzem irgendwo begegnetes, das man sonst aber dem Noma nicht zuschreibt. —

Es wurde sonst auf Gekrösdrüsenentzündung bezogen.

36) *Kouei kan.* Im Alter von 2—3 Jahren. Gelbes Indexgefäss, Magenschwäche, kleine Würmer im Bauche; Hitze, anhaltendes Weinen, bisweilen Leibschmerz; Lippen weiss, roth oder blau, Leib geschwollen, Kitzeln am Rande des Anus.

Oxyuris vermicularis.

37) *Tsy kan* zu 4—5 Jahren. Kleine Würmer in der Spina dorsalis (!) und den Nieren (!). Schlägt man an die Rückenwirbel, so hat man ein ganz eigenthümliches Geräusch. Blaues Indexgefäss. Jeder Wirbel ist geschwollen; Hitze, Ruhr, anhaltender Durst. Kleine Knötchen am Ende der Finger*) mit Ausfluss von Materie, Jucken und Schmerz. Versagen die (vom Verfasser angegebenen) Mittel, so sind die anderen Symptome: grosser Hunger, Abmagerung, Ruhr. Nach 3—4 Monaten ist der ganze Körper geschwollen, allmählig Appetitlosigkeit. Das Kind unterliegt oft vom 4. bis 5. Monate an. $^4/_{10}$ sterben.

Nagelgliedschwellung, die vielleicht hier in fester Knochenauftreibung bestehen könnte, würde sich auf Spina ventosa und skrophulöse Dyskrasie beziehen lassen. Da aber hier zugleich Ausfluss genannt wird, so muss ein Panaritium ebenfalls angenommen werden. In kausaler Verbindung mit dem Leiden der Rückenwirbel steht sie, nach bisherigen Theorieen, nicht, wird auch nicht der Rhachitis zugeschrieben, müsste also lediglich von Skrophulosis abgeleitet werden. Ob man nun aber hier zu einer Spondylarthrocace thoracica mehr, als oben erläutert, berechtigt sei, zweifle ich noch, schon aus den dort angegebenen Gründen.

38) *Mao kan.* Kind von 1, 2, 3, 4 Jahren. Die Haare kommen nicht vor; der ganze Kopf ist von Knötchen bedeckt, die schmutzig-roth, gelblichen Schleim ausfliessen lassen, Nase

*) Können hier nicht auf Phthisis oder Lungen-Herzkrankheit bezogen werden.

trocken, rothes Indexgefäss, Kopf geschwollen, Schläfrigkeit. Es flieht das Licht, hat heissen Schweiss. Dauer 2 Monate.

Sieht man von dem Ausdrucke Knötchen ab, der vielleicht falsch übersetzt ist, so spricht Manches dafür, dass hier ein Ecthyma infantile Gegenstand sei (Furunk.?).

39) *Kan je.* Anhaltende Hitze.

40) *Kan keou.* Das Kind hat immer Durst, ist appetitlos. Dauert 1–2 Tage.

(Uebermässiges Trinken h. *t'hung yin, Siao kao* die Krankheit des Durstes und *yn ping* Krankheit zu trinken, werden bei Dabry als Krankheiten des Erwachsenen geschildert. Bei dem Kinde kann der Zustand aber nicht als Polydipsie aufgefasst werden, soferne man darunter eine Begierde, Beliebiges zu trinken, versteht. Denn das Kind wird nur Milch oder etwas Anderes seinem jeweiligen Alter Entsprechendes begehren; auch kann das Leiden nicht durch vorherigen Missbrauch von Spirituosis entstanden sein, und eben so wenig in einem solchen Missbrauche selbst, im Augenblicke bestehen. Dafür, dass es keine Manie sei, spricht der Umstand, dass die Affektion nach 1—2 Tagen vergeht.) *Swan seaou*, übermässiger Durst, scheint synonym hiermit zu sein.

So lange die Veranlassung: heisse Witterung, Zahnprozess, Skrophulosis, Magensäure, Warmleiden, Erkältungsdurchfall, Athmen einer sehr trockenen, staubigen Luft, Mundathmen, Gemüthsaufregung, Genuss vorangegangener Speisen u. s. w., nicht mit beschrieben, scheint es besser, sich einer positiven Diagnose zu enthalten.

41) *Kan siĕ.* Der ganze Körper ist von Pusteln bedeckt, der Kranke isst gerne Erde, Stuhl ist weiss oder gelb, Indexgefäss weiss. Die Krankheit dauert 10—12 Tage.

Also abermals Pica als Symptom, aber bei einem pustulösen Ausschlage, wo man ihn nicht wahrzunehmen pflegt. Mit einem sehr verwandten Namen: *Kan tseih* wird ein (4.) Zustand beschrieben, des-

sen unser Schriftsteller nicht gedenkt, und der in einem bei Kindern vorkommenden Gelüste nach Süssigkeiten besteht. Man muss ihn sorgfältig bei dem fast gleichlautenden Klange von 37) (*isy kan*) unterscheiden, dessen Inhalt ein völlig verschiedener ist.

Ob wir hier übrigens mit einem Pemphigus cachecticus zu thun haben, erlaubt der Raum nicht zu erläutern. Da hier die von Dabry geschilderten Exantheme zu Ende gehen, so will ich meinerseits einige Ergänzungen anschliessen:

Chŭh ma Masern; Erythema solare *Chin*, ein in heissem Wetter entstandener Ausschlag. *Peaòu* Name für eine Krankheit die darin besteht, dass zahlreiche Konkretionen, erbsen- oder hirsekorngross im Fleische wachsen, und nach einiger Zeit zu Geschwürchen aufbrechen. *Tëen*, rothe und weisse Lepra, die von *Ma fung* Dabry's verschieden scheint. *Tsŭh le* eine Hautverhärtung, die zu Entzündung und Ausschlag führt. *Sëen* eine juckende Krankheit. *Thŭh* Jucken am Kopfe, auch böser Kopf (*Favus?*) genannt. Vielleicht auch die oben erwähnte schwarze Färbung einzelner Körpertellen.

42) *Kan ly.* Kind von 4—6 Jahren hat den Bauch aufgebläht, ebenso die Augenlider; Ruhr, Stuhl von allen Farben. Dauer 7—8 Tage.

Irgend ein atrophirendes Darmschleimhautleiden, aber kein Krup und keine Follikularverschwärung. *Ly* bezeichnet Durchfall oder Ruhr, *kan* akute Krankheit.

43) *Ting sy kan* 4—7jähriges Kind, gelbes Indexgefäss, Hitze, Weinen, äusserste Magerkeit, Gesicht blau, Hals mager, Nabel aufgebläht, appetitlos, schläfrig, durstig; Schweiss. Nach 4—5 Monaten Durchfall, Appetitlosigkeit. $^3/_{10}$ sterben.

44) *Pou lou kan.* Fortschreitende Abmagerung.

Magerkeit heisst sonst *fă; ling, keae, keen* (auch abgemagert sein.) Gelbes Indexgefäss, Erbrechen von 18 (!) Centimeter langen Würmern, akuter Kolik, epigastrischer Schmerz, Durst, Kopfschmerz, Leibblähung, weisse Zunge, Augen

schmutzig mit blauem Rande umgrenzt, appetitlos, stinkender Athem, Zähneknirschen, Schlaf aufgestört, reichliche Salivation, Nasenöffnungen juckend, bisweilen Delir. und Konvulsionen. —

Ascaris lumbricoides ventriculi.

Der Verfasser unterliess es, *hwuy*, lange Würmer im Leibe, die als Taenia diagnostizirt worden sind, hier einzureihen.

45) *Long kan.* Zu 1—3 Jahren. Blaues Indexgefäss, geschwollene Augenlider, Gesicht bläulich, Leib geschwollen, Durchfall, Durst. Kind sucht frische Oerter auf. (Zu 1 Jahre schon?) (Psychrophilie), weint, nimmt die Brust nicht. Fortschreitende Abmagerung. Dauer der Krankheit einen Monat.

Hätte man früherhin das Zeichen aufgestellt, dass bei mehr zugespitztem Unterleibe der Dünndarm, bei mehr breitem, fassförmigen mehr der Dickdarm aufgetrieben sei, so würden wir hier eine leichtere Diagnose haben. Allein der Chinese lässt sich auf solche Beschreibung nicht ein, stellt eine grosse Anzahl meist chronischer Verdauungsbeschwerden auf, spricht nichts von Leber, Milz, Herz, Lungen und Gehirn, und will, dass man demnach also aus anderen Zeichen Diagnose stelle und Behandlung leite. Hierin unterscheidet er sich wesentlich von der modernen Pathologie, welche den Kranken einer weit eingehenderen Untersuchung zu unterwerfen versteht, und das Heer der Namen verringert hat.

So sind ihm a) *ch'hang* Unterleibsschwellung und Indigestion, Völle; *p'heĭh kĕa* Anhäufung von Materien im Magen, Verstopftheit; *fŏw; che choo; foo* Verstopfung der Därme, *hĕen peĭh* (s. oben 17) Anhäufung unverdauter Nahrung im Magen. — b) *hew* Leib vor Hunger eingesunken, *hĕ̆* grober Leib, *keaòu* Magentumor, *poo loo* und *hien tchong* eine Magenkonkretion. — c) *fan wei* Nahrung, die im Magen aufsteigt; *keuĕ* Flatus im Magen; *joo choo* Dyspepsie (auch Verstopfung), *ph'oò* Leiden des Magens und der Därme, *keaou* Magenblähung. d) *p'heĭh tseĭh* Indigestion bei Kindern.

e) *tsan* gefrässig essen, gefrässig sein; *p'heih* Heisshunger, bei Unfähigkeit zu verdauen. f) *t'hun* kranker Appetit; *pei* Dyspepsie. *Chow* und *p'heih* Magenschmerz, Indigestion, *tsaou lew* Magenschmerz. *Ngo tchou* heftiger Magenschmerz, (Kardialgie?), das übermässige Trinken (s. oben); *mang* Krankheit von Trinken etc. Versuchen wir es, diese einzelnen Beschwerden der Bamberger'schen Anschauung unterzuordnen, so entspräche b) mit einer geringen Zahl Bamberger's Dyspepsie durch anatomische Veränderungen der Verdauungsorgane, c) derjenigen durch Anomalieen der Verdauungssekrete, e) derjenigen durch veränderten Nerveneinfluss, f) vielleicht derjenigen durch abnormen Reiz der Nahrungsmittel. Da nun a) zum Theil einem unveränderten Tonus des Magens schon ohne anatomische Veränderungen, zum Theil dem Nerveneinflusse und zum Theil der Sekretbeschaffenheit, also etwa einem gemischten Zustande von Ursachen, zuzuschreiben ist, so können wir diese Liste noch nicht recht dem Systeme einfügen.

46) *In tche.* Das Kind spricht schwierig, zu 3 Jahren noch nicht; geht noch nicht zu 3 Jahren; die Haare kommen sehr langsam heraus; die Zähne erscheinen nicht oder ihr Ankommen ist verzögert. Das schlafende Kind sucht anhaltend etwas mit der Hand zu fassen, hat brennenden Athem, schläft gerne nach vorn geneigt, Augen immer gen Himmel gerichtet, rothe Flecke inmitten der Stirne, anhaltende Aufregung des Kopfes, Zähneknirschen. Das Kind hat gelbes Gesicht, aufgeschwollenen Leib, keine Kräfte, ist schläfrig, heiss, durstig, hat rothe Nase, hustet, hat Fieber, Durst, Beklemmung, rothe Flecke an der rechten Wange, immer gesenkt; Kinn roth. Das Kind erbricht sich, hat grosse Hitze, die 5 Tage dauert; das Gesicht sehr roth, die Augen geschlossen; ist verstopft, hat gelben Urin, nimmt die Brust nicht, hat die Wangen sehr roth, grosse Hitze, Schweiss, Brennen der Hohlhand und Fusssohlen, Beklemmung, Hitze (zum 3. Male erwähnt), schweren Athem, Pfeifen oder Rasseln in der Kehle; hat plötzliche Hitze (4. Mal Erwähnung der Hitze), Sehnenhüpfen, Konvulsionen.

Dieser sehr gemischte Zustand fordert eine eingehende Besprechung, zu welcher hier noch kein Raum ist.

47) *Ouen y.* Die Symptome dieser Krankheit sind nicht dieselben für Kinder wie für Erwachsene, und zwar also verschieden: rothes Indexgefäss, Hitze, Kopfweh, Schmerz, Epigastrium aufgebläht. Weiter eintretende Symptome sind: Erbrechen, Durst. Letzte Symptome: Augen gen Himmel gehoben, Konvulsionen, Finger nach Hohlhand eingeschlagen, Körper rücklings geworfen. Diese Krankheit ist sehr böse und bietet sich gewöhnlich in epidemischer Form dar; dauert 7—9 Tage, ergreift Kinder von 1 Monat bis 7—8 Jahren. $^4/_{10}$ sterben daran. —

48) *Tchong nge.* Ursachen: Böser Geruch, der z. B. von einem faulen Thiere kommt und geathmet wird durch ein Kind von 1 Monat bis 2 Jahren, oder mephitischer und feuchter Luft eines Hauses, das seit lange nicht bewohnt ist, und von einem Säuglinge geathmet wird. Symptome: blaues Indexgefäss, das Kind wälzt sich gerne um auf dem Arme der Mutter; die 4 Gliedmassen sind kalt, die Hände geschlossen, der Athem schwierig. Das Kind nimmt die Brust. Hilft *ping ly san* nicht, fliesst Schleim aus dem Munde; erscheinen Konvulsionen, werden Körper und Gesicht blau, ist kalter Schweiss am Kopfe, so sind das sehr schlimme Zeichen. Diese Krankheit ist sehr böse, dauert 2 Tage und rafft $^1/_2$ fort. Ist das Kind ausgestreckt auf einem Bette oder einer Bank bei offenem Munde, so steigen kleine Erdwürmer auf, und dringen in den Mund. Ist das Indexgefäss bald gelb, bald weiss, oder blau, oder roth, und Kopfweh, bläuliche Bauchhaut, unempfindlich für Alles. Wenig bedeutend. —

Schon oben war von einer Infektionskrankheit durch Pferdeschweiss die Rede, und betraf die Athmungsorgane. Hier erwartet man eine miasmatische Intoxikationskrankheit zu lesen, nach fernem Abstande von jenem Leiden und doch wohl eine von Bedeutung oder chronische mindestens. Der 2. Theil widerlegt diese Erwartung. Es ist nur eine vorübergehende Affektion. Nun sollte man glauben, der Chinese stelle sich vor, das Kind habe durch den Athmungsprozess jene kleinen

Würmer, die ihm aufsteigen, eingeschluckt, nun werde es von ihnen befreit, daher so schnelle Heilung. Er hatte schon oben von ziemlich kolossalen Dimensionen eines Ascaris beim Kinde gesprochen; hier gehört weit mehr Glauben dazu, Würmer, auch nur der kleinsten Art, in der Luft schwebend und verschluckbar anzunehmen. Dazu nun aber die bläuliche Bauchhaut, die man doch nicht bei einem so schnell entstehenden Leiden erwarten würde, die aber hier vermuthlich als Folge der Konvulsionen betrachtet wird. Oder denkt er sich die Luft als Vomitiv zur Herausbeförderung der vorhandenen Würmer?

Es scheint also, dass vorhandene Zustände mit neuen vermengt und zu Einem gehörig angesehen sind. — (*ngo* h. Erbrechen.) Der Name erklärt auch hier nichts.

In der stillschweigenden Voraussetzung nun, mit einem Wurmleiden zu thun zu haben, dessen Ursprung von der Luft kommen dürfte, geht der Chinese jetzt weiter zu den seiner Hypothese nach verwandten:

49) *Tchong ping.* Krankheiten der Würmer. (Der Name *tchong* scheint nicht der Bezeichnung zu entsprechen.) Dieselben wie beim Erwachsenen. — Jetzt folgt das Heer der Diarrhöen und Ruhren.

50) *Ly tsy* hat 5 Arten: a) *fong ly.* Das Kind ist 1, 2, 3, 4 Jahre alt, wird im Augenblicke der Verdauung von Erkältung ergriffen. Symptome: Kopfweh, rothes Gesicht, rothes Indexgefäss, Stuhl blutig (!) und flüssig. Wenig bedeutend, heilt in 3—4 Tagen. b) *kieou ly.* Kind von 3, 4, 5, 6 Jahren hat rothes Indexgefäss, flüssigen und wässerigen Stuhl, täglich 3—4 Mal, und bleibt so 1—2 Jahre lang. Sehr böse Affektion, wenn sie nicht dem *ly tchong mau* weicht. — (Chronische Diarrhoe, Darmkatarrh.) c) *To kong ly.* Kind von 3—6 Jahren, schwach von Konstitution und der Ruhr sehr unterworfen; täglich 4—5 Stühle, zusammengesetzt aus weisslichem Schleime mit Blut. Grosse Anstrengung im Augenblicke des Defäkation, bringt bisweilen herbei den Austritt des Dickdarmes um 1—2 Zoll. (Also Prolapsus recti.) — Nach der Stuhlentleerung tritt der

Darm hinein. Indexgefäss weiss, Unterleibsschmerz, kalte Hinterbacken, Sehnenhüpfen. 8—10 Tage hernach tritt der Kranke in Genesung und erlangt am 15.—20. Tage die Gesundheit. Soll die Krankheit tödtlich enden, so unterliegt das Kind am 30.—40. Tage. $^1/_{10}$ stirbt. (Dysenterie.) d) *kin keou ly.* Kind von 2—4 und mehr Jahren. Magen sehr schwach, appetitlos, Stuhl flüssig, aus weissem Schleime und Blut zusammengesetzt. Gelbes Indexgefäss. Die Krankheit dauert 10—15 Tage. Sehr böse Affektion. $^1/_{10}$ sterben. — e) *Hao sy ly.* Kind von 7—8 Jahren, gelb-schwarzes Indexgefäss, Knie angelaufen und schwarz.

(Bagliv kannte das Verschwinden der Knieanschwellung bei Durchfall, nachdem es bei Zahnen entstanden war; hier scheint ein umgekehrtes Verhältniss stattzufinden. Hier ist aber von einer vorangegangenen Zahnung nicht die Rede und die Schwärze überdies eigenthümlich) —, Stuhl flüssig, aus weissem Schleime und Blute; Schwäche in den Nieren. Bedeutet wenig. Bisweilen ereignet sich in der Genesung, dass die Oberschenkel und Beine 3—4 Monate lang sehr dünn werden. Damit gebe man sich gar nicht ab. $^1/_{10}$ stirbt. (Eine so lang dauernde Atrophie lässt aber doch eine bedeutende Ursache voraussetzen?) —

Hört man die Angaben der Chinesen, so gäbe es 15 Arten Ruhr (Li), also mehr als Oppolzer deren annähme, hierzu rechnen sie: *Heue le* Blutabgang, *pih li* (— weisse Ruhr —) Eiterabgang, *keuh li* chronische Ruhr, *shiy kŭh li* Ruhr; *Sĕe li* Durchfall. *Li tseĭh* Purgiren. Ob *Sĕe* mit Dabry's *Sy* identisch sein soll, ist, beim Fehlen aller Schriftzeichen, nicht zu entscheiden. Aber zu jenen 15 Arten fehlen auch 5, die ich nicht genannt fand. Der Krup und die Diphtheritis der Darmschleimhaut, die Follikularverschwärung und die Tuberkulose des Darmes lassen sich noch nicht deutlich in den Beschreibungen erkennen. Ebensowenig die Folgekrankheiten der Ruhren. Noch folgen Diarrhöen, die nicht zur Ruhr gezählt sind. Nun wird die Ordnung der Krankheiten, die allenfalls nahebei anatomisch einigen Zusammenhang hatte, plötzlich unterbrochen. Die Geschlechtskrankheiten *(shan hĕa)*, die Leber- und Milzleiden, der idiopathische (?)

Vorfall des Mastdarmes *(kiung)*, die Herzkrankheiten *(yin)*, die Brustkrankheiten (*too*), die Geschwüre (*hwan* oder *yih*, Geschwüre am Kopfe), die Krankheiten der Sehnen und Gelenke *(pa)*, Hydrothorax, Ascites und Hydrokephalus existiren nicht bei Dabry's Verfasser u. s. f. Der letztere wendet sich nun sofort zu den Fiebern, die er schon früher anreihen konnte, und übersieht auch in dem Kapitel der Fieberpathologie mehrere den Chinesen geläufige Erfahrungen. Es scheint also, dass die Prinzipien für Anordnung der Krankheiten anderer Art als bei uns sind, und vielleicht von dem Verfasser als bekannt vorausgesetzt werden, doch können wir für jetzt uns damit nicht befassen. Es heisst nunmehr:

51) *Nio ky* Fieber hat 6 Arten: a) Das Kind ist 3—6 Jahre alt u. s. w., hat sehr schwachen Magen, Schweiss, Kopfschmerz, Durst, die 4 Gliedmassen kalt, sehr rothes Indexgefäss, Gesicht gelb oder blau, dann Schweiss. Die Krankheit ist nicht von Bedeutung und weicht der Arznei durch den 5—6tägigen Gebrauch. — b) *kan nio.* Kind von 2—4 Jahren erkältet sich im Augenblicke der Verdauung, bekommt Fieber, dann Schweiss, wird psychrophobisch und traurig, hat die 4 Gliedmassen kalt, weisses Indexgefäss; dann folgen Fieber, Hitze; hat wenig Bedeutung, dauert 5—6 Tage. — (Gastricismus febrilis, war oben schon beim Säuglinge erwähnt.) — c) *Chou nio* Kind von 2 - 4 Jahren, hat rothes Indexgefäss, Kopfweh, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Durst, ist schlaflos; wenn 5—6 Jahre alt, heisses Fieber, rothen Urin. Dauert 5—6 Tage, hat wenig zu bedeuten. — d) *Che nio* betrifft Kind von 1—4 Jahren, das durch Feuchtigkeit sich erkältet (Durchnässung), hat gelbes Indexgefäss, allgemeine Schmerzen, Abgeschlagenheit, Uebelbefinden, Durst, Fieber. Dauer 6—7 Tage. — e) *Tche nio* Fieber in Folge von Unverdaulichkeit; gelbes Indexgefäss, appetitlos, Uebelbefinden, Magenschmerz, Erbrechen, Leibschmerz, Kopfweh. — f) *He nio.* Das Kind isst im Anfalle von Fieber, so wird die Nahrung nicht verdaut und 1—2 Monate lang erduldet es Schmerz in einem Theile des Leibes, ist appetitlos, magert fortschreitend ab, hat gelbes Indexgefäss, gelbes Gesicht. Bisweilen lässt das Fieber nach 8—10 Tagen nach, die vorher-

gehenden Symptome aber bleiben. Erbrechen von Schleim; Hände und Füsse angeschwollen. Diese Krankheit ist sehr böse, wenn man sie nicht der angegebenen Behandlung unterwirft. In 3—4 Monaten kann der Kranke erliegen. Wird die Krankheit bei Zeiten in Angriff genommen, so ist es selten, dass ihre Heilung nicht nach 4—5 Tagen der Kur erfolge.

Dieses Fieber stellt abermals keinen Typus dar, indem es selbst als hektisches nicht mit genug Charakterzügen entworfen ist. Von der tertiana (*kiái keng*), quartana, quotidiana u. a. (ich spreche nicht von der quintana, die in meiner Praxis selbst vorgekommen ist) — u. a., so wie von der larvata, die ja doch bei Kindern nicht allzuselten als Amblyopia intermittens und sonst erscheint, ist keine Rede und eine Entwickelung des Fieberbegriffes überhaupt so wenig gegeben, dass man glauben sollte, der Chinese wisse gar nichts davon. Allein, wenn derselbe auch noch nicht mit Liebermeister's Prüfung der Fiebertemperaturursachen vertraut ist, so findet man doch schon Einiges bei ihm, das in eine chinesische Besprechung der Fieber aufgenommen sein musste. — Fieberhafte Beschwerden heissen *yo tsĕh*, katarrhalisches Fieber *tsaê*, reguläres Fieber, doch ohne irgend welchen Frostanfall, *tan yŏ* (*yo* scheint dem französischen *nio* zu entsprechen); heisses Fieber, das nach etlichen Tagen wiederkehrt (remittens?), *shen*, auch *é*; irreguläres *kwei yŏ*. — Dass der Zustand der Milz dabei wohl beachtet werde, ergibt sich aus dem Umstande, dass man *yo moò* eine durch Fieber verhärtete Milz nennt. — *Han yŏ* ist das anomale Fieber, ein Fieber, dem *ague* (Fieberfrostanfall, kaltes Fieber) vorangeht; *wan yŏ* ein solches, dem *ague* kaltes Fieber nachfolgt; *Chang lĕ* ein von Malaria erzeugtes Fieber. Dazu das unvollkommene Fieber *pin yŏ*, ein kalter Anfall ohne einen heissen und *mow yŏ* ein heisser Anfall ohne einen kalten. — *K'hin* schweres Fieber (Typhus?). — *Ague: ch'hih suh.* — Sind auch hier nicht alle Fieberarten erschöpft, so ergibt sich doch, dass die Hauptgrundbegriffe den Chinesen bekannt und nicht so neu aus dem Haupte der Minerva hervorgegangen sind, wie manches moderne Lehrbuch der Therapie sie darstellt. Wir werden jetzt gleich auf eine Larvata stossen, obschon

dieser Charakter dabei nicht als wesentlicher hervorgehoben ist und doch bezeichnet man durch *k'heï* eine Intermission der Krankheit. — Dass wir nicht auf die Behandlung mit Chinarinde und Chinin stossen, darf kein Wunder nehmen, da auch in Indien das Fieber noch im vorigen Jahrhundert nicht mit Chinin, sondern antiphlogistisch behandelt worden ist. Uebrigens weicht ja doch nicht jede Larvata dem Chinin, wie dies selbst von den larvirten Augenleiden des Kindes sich bisweilen beobachten lässt. — Die eigentlichen Nervenkrankheiten können wir erst später berücksichtigen. — Dabry lässt jetzt eine sehr gemischte Reihe von Affektionen folgen:

52) *Tchou hiue tchang* hat 5 Arten: a) *Tou hiuĕ*. Kind von 3—5 Jahren, hat Husten, Blutspeien, Kopfweh, Gesicht blass, Urin weiss, Athem schwierig, röthliches Indexgefäss. Bedeutet wenig und vergeht nach 3—4 Tagen. — (Allerdings ist Blutspeien, wenn es nicht in grosser Menge zu Tage kommt, bei Kindern von geringerem Ernste, als man erwarten sollte, zumal hier mehr ein nervöses als entzündliches Leiden zu ersehen). b) *Py hiuĕ* Nasenbluten, rothes Indexgefäss, Hitze in den Lungen. Bedeutet wenig. Vergeht nach 1—2 Tagen. (Epistaxis congestiva). — c) *Ta pia hia hiuĕ*. Kind von 5—7 Jahren hat Stuhl mit Blut gemischt, am folgenden Tage gewöhnlichen Stuhl, dann Stuhl mit Blut gemischt, wechselsweise; geringen Schmerz im Leibe, Arme kalt, Gesicht gelb, Indexgefäss gelb, Auge ermüdet. Dauert höchstens 10 Tage und blutet wenig. — (Proctorrhagia intermittens, scheint wenig bekannt zu sein. Von der Mastdarmblutung der Kinder gibt aber Bednar an, sie dauere einige Stunden bis 10 Tage und mehr. Auf die intermittirenden Blutungen scheint öffentlich erst Betschler, dann Harley, Dickinson, Gay nach Rayer in der neueren Zeit aufmerksam gemacht zu haben. Ich denke vielleicht darauf noch zurück zu kommen.) — d) *Siao pien hia hiuĕ*. Kind von 5—7 Jahren. Urin ist blutig, Haematuria, Körper heiss, Durst, Fieber, bläuliches Gesicht, sehr rothes Indexgefäss, Abgeschlagenheit, Schläfrigkeit, Betäubung. Dauert nur 3—4 Tage und bedeutet wenig. (So nach Wiener Schule bei Entzündung der mechanischen Stör-

ungen, nicht aber bei Kachexie. Kann aber in diesem Falle nicht von Durchbruch eines Abszesses entstanden sein, eben so wenig durch Trauma, Carcinom, atonischen oder paralytischen Zustand (Exanthem, Typhus (?). Als Symptom bisweilen (aber vielleicht nur im Säuglingsalter) nach zu fest angelegten Binden sich einstellend. Allein ob dazu in China häufig Anlass, können wir kaum vermuthen. West scheint es gar nicht zu besprechen. Jetzt, wo die anatomische Anordnung der nach der Wiener Schule hier mit Blut überfüllten Harnglomeruli und Kapseln (worin der Bluterguss gesetzt wird) einer erneuerten Untersuchung unterworfen ist, dürfte sich durch Versuche leicht ausmitteln lassen, ob fehlerhaft feste Binden eine Nierenblutung erzeugen und durch welche anatomische Umänderung? Ob Skorbut im vorliegenden Falle, der akut und fieberhaft; ob vielleicht auch in China Haematobien einheimisch? Würde ernstlich sein. Ob onanistische Versuche? Von Lungen- und Herzkrankheiten, Markschwamm und Diabet. alb. zu schweigen. Vielleicht also durch herabgesetzte Ernährung, oder Erkältung, wie der intermittirende Dickinson'sche Fall, der dem Chinin trotzte. — e) *Ko seou ton hiue.* Kind von 4—6 Jahren hat meist gelbes Indexgefäss. Das Kind war gelaufen, hatte sich erhitzt und in solchem Augenblicke isst es. Die Nahrungsmittel thun ihm nicht böse. Es hustet, erbricht Blut, hat Kopfweh, epigastrischen Schmerz, Uebelbefinden, Durst, Hitze. Bedeutet wenig, dauert 7—8 Tage. — Haematemesis (Melaena ventriculi). — Oppolzer, der so reichlich in neuester Zeit die Blutungen besprochen hat, scheint die hier geschilderten Verhältnisse doch für zu geringfügig gehalten zu haben. Er nimmt mindestens auf das zarteste Alter keine Rücksicht. — Ist nun für Dabry hiermit der Kreis der Blutungen abgeschlossen, so übersieht er die aus Leib *tseĭh tae*, aus Haut, Ohren, Augen und *t'an* den Skorbut; die aus Zunge und die Hämorrhoiden *ch'hé* (*lo tchou* nach Dabry). —

53) *Tchong mouan* hat 3 Arten: a) *Chang mien tchong.* Kind von 6—7 Jahren, erkältet sich im Augenblicke der Verdauung. Rothes Indexgefäss, der ganze obere Theil des Körpers ist geschwollen, Körper heiss, Ver-

stopfung, rother Urin, Abgeschlagenheit, Trägheit, Durst. Bedeutet wenig, verschwindet nach 5 - 6 Tagen. — b) *Tchou tchong.* Kind von 7—8 Jahren hat den Leib geschwollen, Körper kalt, speichelt anhaltend, hat sehr lebhaften Leibschmerz beim Drucke; Blässe, geschlossene Augen, Schläfrigkeit, rothes Indexgefäss. Dauert 4 — 5 Monate, ist böse und tödtet $^2/_{10}$. — c) *Hiá pién tchong.* Kind von 2, 6, 7 oder 8 Jahren, geschwollen am unteren Theile des Körpers, vom Leibe an, und beinahe ohne Kraft und dabei schmerzhaft. Der Urin sehr weiss und dick, wie klebriges Reiswasser, Unterleib angelaufen, Indexgefäss leicht bläulich. — (Hiergegen wird eine Abendkur empfohlen.) Dauert 18—20 Tage und tödtet $^2/_{10}$. — Man sollte glauben, bei *Chang mien* sei Hydrothorax, der bei uns eine so verhältnissmässig seltene, aber doch schwere Krankheit ist, inbegriffen*), aber doch sei es wenig bedeutend. — Ascites, Oedema pedum, Nierenkrankheit sind also sehr kurz abgehandelt. — Ich bemerke zunächst Folgendes: Der gewöhnliche Ausdruck für Hydrops ascites ist *pang;* der für Oedema pedum *fei.* — *Shuy* ist eine Krankheit, die in Schwellung besteht. —

54) *Houang tan,* hat 2 Arten: a) *yang ouang,* sehr gemeine Krankheit im August und September, zur Zeit der Melonen, Gurken u. s. w. Das Kind isst zu viel davon, sein Magen wird schwach, die Gallenabsonderung vermehrt und das Gesicht gelb, Hitze, Durst, Schlaflosigkeit, anhaltender Hunger, rothes Indexgefäss. Ist böse, dauert 15 Tage, $^2/_{10}$ sterben. — Dürfte sich am ehesten auf seröse Diarrhoe beziehen, obschon man Sommercholera nach der Monatszeit und den Anlässen geneigt wäre, anzunehmen. — b) *yen ouang,* Magen ermüdet durch eine Krankheit von langer Dauer (also sekundäres Leiden), z. B. Stuhl, Durchfall, reichliche Gallenabsonderung, die sich mit Blut mischt. Das Kind sieht sich nach finstern Orten um, sucht, nicht zu sprechen, klagt über Abgeschlagenheit, hat die Sprache ermüdet, fürchtet

*) Am kindl. Pericard. (etwa 1jährig) entdeckte ich Lymphgefässe äusserst deutlich.

Kälte, hat reiswasserähnlichen Durchfall, klebrigen Urin, Erbrechen. Ist böse, dauert 20 Tage, tödtet $^{2}/_{10}$. — Dieser Zustand entspricht der Cholera infantum eher, als jener.

55) *Tchang mouan* hat 4 Arten: a) *hin tchang:* schwache Konstitution, warmes Blut, rothes Indexgefäss, Gesicht blass oder gelb, Appetitmangel, sehr mühsame Verdauung, Schmerz im Leibe, Stuhl fast flüssig und weiss, die 4 Gliedmassen kalt, Müdigkeit, Schläfrigkeit, epigastrische Schwellung, Schmerz. Wenig bedeutend, dauert 4—5 Tage. b) *Che tchang,* Epigastrium aufgetrieben und schmerzend, Hitze, Durst, Schläfrigkeit, spricht nicht, ist traurig, athmet schwierig, hat die Augen geschlossen, sehr rothes Indexgefäss. Gelingt die Heilung nicht durch *ye lan toü* (purg.) so gib *San Sien tan*, was reichlichen Stuhl und dadurch Heilung bewirken wird. Dauert 3—4 Tage und bedeutet wenig. c) *Je tchang.* Plötzliche Erkältung nach einem Laufe, oder veranlasst durch Unvorsichtigkeit der Mutter, die nach einem langen Spaziergange das Kind an einen kalten und feuchten Ort absetzt. Rothes Indexgefäss, Epigastrium geschwollen und schmerzend, Verstopfung, Urin wenig reichlich, roth; hat Hitze, rothes Gesicht, Ermüdung, Schlaflosigkeit, starres Auge, 4 Gliedmassen kalt. Bedeutet wenig, dauert 2—3 Tage. — d) *kan tchang*, Kind von schwacher Konstitution, isst kalte Nahrung und überlässt sich dem Schlafe, hat Durst, blaues Gesicht, blaue Lippen, Kälte in den 4 Gliedmassen, etwas Abführen, wenig reichlichen Urin, Epigastrium geschwollen und schmerzend: röthliches Indexgefäss. Bedeutet wenig und dauert 10—12 Tage.

56) *Fon tong,* hat 4 Arten: a) *lang tong.* Kind von 1—3 Jahren, hat kalten und schmerzhaften Leib, rothes Indexgefäss, Gesicht weiss oder blau, kalt; Nägel blau, kalte Sputa. Gut eingehüllt und neben seiner Mutter leidet es nicht. Sobald es aber der Luft ausgesetzt wird, schreit es, hat Durchfall. Wenig bedeutend, dauert 1—2 Tage. Die Akupunktur wird hier mit Erfolg gebraucht. — b) *Je tchong.* Das Kind ist heiss und trinkt kaltes Wasser, Leib schmerzhaft, besonders für Druck, Indexgefäss roth, Gesicht roth. Hitze, Hitze in Hohlhand, Verstopfung, rother Urin. Anhaltende

Aufregung. Dauert 2—3 Tage, bedeutet wenig. Man akupunktirt. — c) *Che tsy tong.* Kind von 6—8 Jahren u. s. w. Magen schwach, appetitlos, Athem brennend, Gesicht gelb, Schläfrigkeit, Stuhl sehr schwer. Sehr lebhafter Bauchschmerz, besonders bei Verdauung. — d) *tchang tong.* Kind von Würmern geplagt, Schmerz in einem Theile des Leibes, sehr lebhaft beim Drucke, blasses Gesicht, rothe Lippen, Indexgefäss wechselt die Farbe, ist roth, weiss oder gelb. Aus dem Munde fliesst Schleim.

57) *Py tchang.* Tumoren bilden sich am Leibe des Kindes, ohne dass die Mutter es bemerke. Sie sind beweglich beim Befühlen, oder fest und hart, mehr oder minder stark, und liegen gegen die Mitte des Leibes, meist aber auf den Seiten, schmerzen bisweilen beim Drucke; Durchfall, oder Verstopfung. Wo Durchfall, da ist der Stuhl gelb oder schwarz; inmitten des Entleerten unterscheidet man kleine, harte, schwarze Ballen. Urin bisweilen gelb, bisweilen klar, limpid, bisweilen milchweiss, Gesicht anfangs blass, dann gelblichblau, Augen roth, oft von einem bläulichen Kreise bekränzt. Zunge bisweilen weiss und feucht. Bisweilen, aber selten, Erbrechen, Durst sehr wandelbar, Leib geschwollen und resonirend, wie eine Trommel, bei dem mindesten Fingerstosse. Die 4 Gliedmassen kraftlos. Bisweilen Schläfrigkeit, bisweilen Schlaflosigkeit. Appetit wechselt. Haare trocken; allmählig Abmagerung. Die 4 Gliedmassen sehr mager. Von 18 Kranken haben 2 oder 3 die Wangenschleimhaut ulzerirt, bisweilen Betäubung oder Nasenbluten, Husten, Beklemmung oder Schweiss, der meist kalt. Die Symptome wechseln sehr. Indexgefäss roth. Diese Affektion geht im Allgemeinen langsam. Mittlere Dauer 3 Monate. Nach einem Monate verziehen die Tumoren sich und gleichzeitig alle anderen Symptome. Diese Krankheit ist sehr böse, tödtet $^2/_{10}$.

Hiermit ist Dabry's Autor zu Ende und gibt nur noch die einzelnen Akupunkturstellen für Kinderkrankheiten an. Von den chirurgischen Affektionen so wenig, wie in West, Bednar. Allein auch Bryant muss sich auf Förster's chirurgische Abhandlungen beziehen, so sparsam ist noch seine Erfahrung zu einer Zeit, wo schon seit Dezennien in

Paris die bedeutendsten chirurgischen Operationen an Kindern ausgeführt worden. Inzwischen kann ich von chinesischer Seite noch eine kleine Liste hinzufügen, auf welche mindestens der französische Kapitän bei seinen Nachforschungen hätte Rücksicht nehmen sollen. Dazu das Fach der Geisteskrankheiten. —

In einem anderen Artikel werde ich Anlass zu ferneren Vergleichungen nehmen und insbesondere das erwähnte chinesische, pädiatrische Buch beachten, in welchem zahlreiche Zeichnungen sich befinden, und das sich zunächst auf pathologische allgemeine Lehrsätze bezieht. — Ich habe dies nirgends bisher erwähnt gefunden. Dann hoffe ich auf eine allgemeine Beurtheilung des Gegenstandes einzugehen. —

Ob man, in Betracht des Umstandes, dass unserem Verfasser so viele Erfahrungen seiner Landsleute entgangen sind, ihn für alt halten solle, ob er in den Lehren einer chinesischen Schule gebildet worden, warum die eingeborenen Aerzte, welche Dabry bei Ausarbeitung seiner Uebersetzung zur Seite standen, ihm nicht zur Ergänzung der zahlreichen Lücken Winke gegeben haben, endlich, ob die vorliegende Schrift dazu benutzbar sei, eine Entwicklungsgeschichte, oder, wie Squire sagt, eine Naturgeschichte der Krankheiten zu entwerfen, alles Dies mit genügender Gründlichkeit zu erläutern, erlaubt nicht mehr der dieser Abhandlung vorgeschriebene Raum. —

Verzeichniss der nicht in Dabry und hier in den Anmerkungen vorkommenden, noch hierher gehörigen Krankheiten: *Luy* theilweise gefärbtes Haar (scheckig), *Chen* verfilztes Haar. Ob eine eigene Krankheit, wie der Weichselzopf, den man durch eine Ausschwitzung aus der Haut (also nicht durch Pilze) entstehen sah, wissen wir zur Zeit nicht. Wer die, bei *Chen* noch zu entdeckenden, durch böse Ausdünstung angezogenen Pilze sehen wird, verfehlt gewiss nicht, diese Pilze als Ursache von *Chen* anzusehen. *Tih* sparsames Haar. *k'ho* und *k'he* Kahlkopf. (Ob aus verschiedenen Ursachen, oder von verschiedenen Formen, ist nicht gesagt. Das mehrfach genannte Handbuch der Säuglingspathologie bildet nur den Haarschopf ab, aber diesen auch seitlich, z. B. in der letzten Figur etwa an der linken Stirnschläfengegend, andere

Male rechts und zeigt scheinbar Akupunkturstellen am kahlen Schädel. Andere zeichnen ihn auf der Mitte, 2mal doppelt (nur durch Einschnürung mittelst eines Fadens), 1mal ist gar keiner bemerkbar. An einem Kinde, das unter einem Himmelbette ruht und den Kopf auf ein schmales, rundes Kissen lehnt, ganz wie bei Erwachsenen 1mal einen Schopf auf jeder Seite, etwa auf dem Scheitelhöcker. Andere Zeichnungen über Haarbildung gibt es nicht.)

Von Nägeln bemerkt man an einer Zeichnung, dass sie äusserst lang über alle Fingerspitzen hervorragen, am Daumen gekrümmt, durchweg zugespitzt. Die Zeichnung eines Indexgefässes findet sich nicht, die Vola manus hingegen ist mit 13 Buchstaben an einzelnen Stellen bezeichnet, von denen 4 etwa der Basis der ersten Phalange entsprechen, doch etwas höher liegen, 3 gehören der Carpusgegend. Weder diese, noch die übrigen gehören den Hautfalten, auch keineswegs genau dem arteriellen Bogennetze, oder den Abgangsstellen der Arteriae digitales. Ich werde künftig ihre Bedeutung mittheilen. Von den Fingern nennen wir das Panaritium *lun*. *Wăn* ist die Taubheit der Hände und Füsse. *Swàn* die der Beine. Frostbeulen an Händen und Füssen h. *Chih*. Krankhafte Beugung der Finger *k'heuen*. Hände und Füsse durch Krankheit gebogen *p'heue*, auch *ya*. Schwellung der Gliedmassen *Chwang*. — Unterextremitäten: *yuĕ* verkrümmte Füsse *); *p'ho peĭh*, lahm auf beiden Füssen. *keu* der Fuss durch Kälte gebogen. *Pëen* verkrümmte Zehen. *k'he* ein Fuss mit vielen Zehen. Eine Wunde auf den Zehen: *yen*, eine Erhebung daselbst *këen*. Blasen durch vieles Gehen *lëen*. Fusschmerz durch Gehen *yuĕ*. Krämpfe der Fusssehnen *t'heaou*. Klumpfuss *p'hĕĕ*. Eine überflüssige Zehe *tă*. Füsse taub vor Kälte *keu*. — Gelenkkrankheit *tien*. — Kontraktion der Beinmuskeln, aus fehlender Energie *pae*. Kontraktion der Sehnen *lo leĭh*. Knochen doppelt gebogen durch Krankheit (Rhachitis?) *Leuen*. Knochenschmerz *leĭh*. *Gŏ* sehr lahm. Ein Hervorwachsen des Knochens (Exostose) *tuy*.

*) Zwei verkrümmt aussehende Füsse sehe ich überschrieben: Knochengeschwür (*kwŭh ting*).

Knochen vorragend oder hochstehend *lang*. *Po gŏ* Knochen hoch, hervorragend. —

Am Kopfe: Kopfschmerz *heĭh*. Geräusch im Kopfe *twan seaou*. Nackensteifigkeit *k'hing*. Kopfschütteln *să néĕ*. Ein langer Kopf *lae gae*. Ein hoher Schädel *gan*. Glotzaugen *Huan*. Schlucken *sue* und *se*. Würgen *yung*. Aufstossen *yae hŏ*. Lachkrampf *yŭh*. Kurzes Athmen *yŏ*. Schwieriges Athmen *wă*. Keuchen *neĭh* Husten *k'hae sow*. Hartathmen *ch'uen seĭh*. Asthma *heaou ch'huen*, auch *heaou ping*. Alter Husten, böser Thorax und Brustkrankheit: *heaou sow*. Krampfkrankheit *Swan*. Konvulsionen, Eklampsie der Kinder *Ch'he tsung*. Epilepsie *Hëen*. Zittern *yew*. Halblähmung *cho*. Lethargie *gan lan*. Coma *hwŭh*. Geisteskrankheiten *teaou*. Exaltirende Affekte *tëen;* deprimirende, Gram *t'hung*. Melancholie *wŭh, shoo*. Geistesschwach *fong tëen*. Unvermögen zu verstehen, närrisch *E choo*. Idiotisch *gae*. *Shŭh* in Raserei herumlaufen (was ich bei Kindern schon gesehen). — Ageustia *yung*. Sehr grosse Furunkel *yŭng*. Hautverhärtung (Skleroderma?) t *sŭh lo*. Hautinduration (Schwielen) *pëen te*. Erysipelas *hwang tan* *). Milzverhärtung, die nicht vom Fieber, *pee lee*. Frösteln *Sin*. Jucken *sëen* (Prurigo). Nabelkrankheiten *neĭh* (rein chronische). Strangurie *ho tan*. Lendenkrankheit *lin, t'hò*. Herzkrankheit *sin mei*. Schlundentzündung, Angina *k'iâng*. Abszess, Eiter *mùng pâo*. Fehlen von Urin *wei*. Gerichtlich-medizinisch sind 3 *Shays* (nicht zurechnungsfähig): die Kinder, Idioten und Greise; *kwan mei* weibliche Polizeibeamte.

Akupunktur bei Erkältung, Luftzug: *Chouai kou, pe kouei, chin men, san yinkio*. Bei Konvulsionen *yang hou* und bei offenem Munde *pe kouei*. Bei Diarrhoe *Chin. tsuĕ*. Bei Erbrechen: *kiën tchin*, 3 Kauterisationen. Bei *Cilou* oder Furunkel am Munde: *Lao-kong*, 3 Kauterisationen. Bei Unterleibsschmerz: 3 Kauterisationen $1^1/_2$ *tsùn* vom Nabel entfernt, an 4 Orten, rings um den Nabel. Bei Fingerschmerz: 3 Kau-

*) Chin. ein, in heissem Wetter entstandener Ausschlag, wohl Erythema solare. *tëen* rothe und weisse Lepra (Lepra s. *Ma fung* b. Dabry.)

terisationen 1 *tsun* über der Nase. Bei nächtlichem Weinen *pe kouei* 3 Kauterisationen. Bei Hodenschwellung (ist im Texte nicht beschrieben): 3 Kauterisationen, *konan yen*, 7 Kauterisationen *ta tsin*. Bei *clous* oder Furunkel am Körper (sind nicht chinesisch benannt), *kin tchec*. Bei Jucken, kleinen Knötchen *kin tche*, *yang tsy*. Bei Knötchen am Kopfe und im Munde *ko kou*. 3 Kauterisationen. Bei Knötchen auf der Hand *kin tche*, 3 Kauterisationen. Bei solchen auf dem Rücken *kien tsin* etc. Bei Furunkeln auf dem Rücken: *kien tsin*, *mai tchong* (3 Kauterisationen). Bei Anusweh: *pe kouei*, *tchang kiang*. —

Zum Schlusse ist es mir auffallend gewesen, keine von den organischen Atresieen (ausg. anus) gefunden zu haben, die gewiss in China eher als in Europa bekannt waren. — Charakteristisch ist aber, dass organische Hirnkrankheiten, Lungen-, Herz-, Leber-, Zwerchfellsleiden, Nieren- und Blasenkrankheiten und innere Genitalien, kurz, was anatomische Eröffnung einer Höhle fordert, nicht zu finden sind. Selbst in Bezug auf Neoplasmen herrscht grosse Armuth, doch ist der Polyp unter dem Namen *seïh kwăn* und *lew* bekannt. —

Als besondere Eigenthümlichkeiten lernen wir aus dem Mitgetheilten die Proctorrhagia intermittens, vielleicht auch, dass der Nachthusten *ye seou*, der von dem scharfsinnigen Mitherausgeber dieser Zeitschrift Hrn. Fr. J. Behrend 1846 entdeckt, dann von Boeck u. A. weiter verfolgt, von Alfred Vogel (Hdb.) ohne weitere Erwähnung der Vorgänger, als seltene Kinderkrankheit beschrieben wird, ehemals Erwachsene — ob ausschliesslich? — befallen hatte und daher von Dabry nicht unter unserer Rubrik aufgeführt wird. In Betreff der Diarrhöen ist Bednar allerdings durch Zuziehung chemischer Diagnostica den Chinesen weit voraus; ist er aber sicher vor einem Arthur Gamgee, der Laycock's chemisch ähnliche Bestrebungen für Bronchitis foetida und Lungengangrän zurückweist? Bednar freilich wird es nicht begegnen, über Phosphorvergiftung zu schreiben und die bekannte, schon erfolgreich gewesene Therapie nicht zu kennen. Nun, wiewohl China's medizinische Geringfügigkeit mich erbleichen macht, so ist, dem Bemerkten zufolge, doch Rob. Finlay's

Verachtung des chinesischen Medizinsystemes um so weniger zu rechtfertigen, als er letzteres zwar aus einzelnen spezialpathologischen Mittheilungen, gewiss aber nicht von Seiten der allgemeinen Pathologie, zu kennen vermag. China's Arzneikunde könnte aber noch eine beträchtliche Zukunft bevorstehen. Wirft man den Chinesen Zurückbleiben vor, so gilt in unseren Tagen für Europäer das Nämliche. Als Poor beispielsweise mit seinem wichtigen, modifizirt von mir bestätigten Satze über Ekzemfieber hervortrat, war es nur Betz, der sich für ihn vernehmen liess, Hebra, Anderson, Wilson schwiegen, Auspitz aber wusste nur eine Ekzemtherapie zu nennen, die ich nicht vortheilhaft finde. —

In Betreff des Syphilisursprunges (oben in der Einleitung) hat Herr Obristlieutenant Baron du Graty, hiesiger Gesandter von Paraguay, mir versprochen, nach antiken Indianerschädeln mit Syphilisspuren suchen zu lassen und mir den Befund mitzutheilen, Hr. S.-R. F. J. Behrend aber mitgetheilt, dass die japan. in Berlin gewesenen Aerzte ihm mündlich geäussert, auch in ihrem Vaterlande sei die Syphilis nur modern. — Alles vereint sich somit gegen Bollaert, dessen Berichte nicht die mindeste Stichhaltigkeit haben. —

Nachträgliche Bemerkungen.

Zu S. 125 zu *Tsy kan*: Bei Echinococcus im Kanale der Wirbelsäule hat man zwar Gefühl von Krachen in der Lumbargegend angegeben, doch entspricht auch dies noch zu wenig der Beschreibung des *Tsy kan*. Wer möchte auch solch' eine Diagnose einem alten Chinesen zutrauen? Ebenso können die Tumoren im Leibe (S. 139. *Py tchang*, das ohne Ascites, Oedem der Unterextremitäten, Ikterus, zuletzt sogar spontan weicht) nicht an Echinococcen denken lassen.

S. 126 gestatten *kan siĕ*, wie *kan tseĭh* und *py kan* (123) nicht, Anchylóstoma duodenale anzunehmen, denn dessen Zusammentreffen mit Geophagie ist bisher nur als zufällig erkannt worden. —

Morache's zweite Arbeit (*sur la médecine des Chinois*)

ist nur als Manuskript gedruckt und Wenigen vertheilt worden, hat daher auf öffentliche Besprechung nicht zu rechnen.

Zu S. 135: Jene Proctorrhagia kann nicht auf angeborene Leberhypertrophie bezogen werden. —

Zu S. 140. Herr S.-R. Fr. J. Behrend erklärt den Weichselzopf für Eczema capitis, nach seinen Erfahrungen in Königsberg.

In der vorstehenden Abhandlung sprach ich von doppelten Pupillen. Nun hat von Ammon 1838 (klinische Darstellungen) zwar auch von Diplocorie (doppelten Pupillen) gesprochen und von Polycorie überhaupt, Triplocorie (dreifache Pupille) und Lassus von einer fünffachen. Alle diese sind entweder durch Theilung der Pupille mittelst krankhafter Streifen, oder (v. A.'s) durch ursprüngliche Bildung entstanden, immer aber derartig, dass die zwei oder mehr Pupillen ungleich in Form, Grösse, auch (wo nicht central) in Lage, sind. Ob sie deshalb mit den chinesischen identisch und überhaupt als Doppel- und Mehrbildungen, jede Pupille völlig rund, zu betrachten seien, möchte ich insoferne bezweifeln, weil ich zuvörderst für selbe Gleichheit in runder Form, Grösse und Lage als Bedingung stellen würde. Bei Ungleichheit führt das schlichte Auffassen der Zahl zu falschen Begriffen.

II. Gelehrte Gesellschaften und Vereine.

Chirurgische Gesellschaft zu Paris.

Aus den Verhandlungen der Jahre 1860—1863.

(Fortsetzung.*)

47) Unbeweglichkeit des Unterkiefers; Esmarch'sche Operation, Mittheilung und Notizen darüber.

Herr Michel in Strassburg wendet sich an die Gesellschaft mit der Bemerkung, dass nach den zuletzt stattgehabten

*) S. Bd. XLIII S. 139—145.

Diskussionen über das Esmarch'sche Verfahren man in Paris noch grosses Bedenken hege, ob dasselbe je ordentlich zum Ziele führen werde. Nach den HHrn. Deguise und Verneuil, welche der Esmarch'schen Operation am meisten das Wort geredet haben, habe die Durchschneidung und Ausschneidung der narbigen Fleischbrücken und die Autoplastik der Wange niemals Erfolg gehabt und es sei immer die Esmarch'sche Operation nothwendig, was aber von Chassaignac u. A. bestritten worden. Hr. M. theilt nun einen Fall mit, der beweisen soll, dass man auch ohne diese Operation auskommen könne. Ein Mädchen von 10 Jahren wurde am 15. Oktober 1858 zu Hrn. M. gebracht. In seinem 4. Jahre hatte das Kind in Folge von Mundbrand oder Noma in wenigen Tagen nicht nur eine Zerstörung beider Lippen und eines Theiles der Wangen, sondern auch eine Nekrose des Kinntheiles des Unterkieferknochens erlitten. Als Hr. M. die Kleine untersuchte, fand er statt des Mundes eine unregelmässige, von sehr ausgedehntem Narbengewebe, welches vom Unterkiefer nach beiden Wangen hin und zwar vom Kinntheile bis zur Gegend der Backenzähne sich erstreckte, umgebene Oeffnung. Die Unterlippe fehlte gänzlich; die Oberlippe war in der Mitte stark ausgefressen und zeigte nur zwei unregelmässige Lappen, welche durch Narbenbrücken mit den Nasenflügeln zusammenhingen. Die Hundszähne, die bloss standen, hatten eine unregelmässige Stellung und vermehrten dadurch die Deformität bedeutend. Der Speichel floss immerwährend aus. Die Kleine konnte die Kiefer kaum so weit auseinanderbringen, dass ein Theelöffel oder die Spitze des kleinen Fingers eingeführt werden konnte. Kauen konnte sie gar nicht, sondern musste, um sich satt zu machen, den ganzen Tag über kleine Massen Brei mit der Spitze des kleinen Fingers in den Mund schieben.

Die erste Operation machte Hr. M. am 15. Oktober. Sie ging darauf aus, so gut als möglich die beiden Lippen wieder herzustellen und es gelang ihm dieses dadurch, dass er einen Theil der Narbenmasse abtrug und von beiden Seiten her Lappen bildete, welche er hinüberschob. Das Resultat war, dass eine ziemlich regelmässige Mundöffnung entstand und

das Ausfliessen des Speichels verhindert wurde. Etwa ein Jahr später, im September 1859, operirte er zum zweiten Male, indem er alle Narbenbrücken durchschnitt und durch Ueberlegen von Schleimhautlappen die Mundwinkel bildete. Wir können hier der genauen Beschreibung dieser Operation nicht folgen, sondern bemerken bloss, dass, seiner Behauptung nach, das Endresultat ein sehr gutes war; das Kind hatte eine ziemlich gute Mundöffnung und konnte wieder essen und kauen, wie jedes andere Kind.

Hr. Boinet fügt zu dieser schriftlichen Mittheilung hinzu, dass dieser Fall gar nichts mit denen zu thun habe, welche für oder gegen die Zweckmässigkeit der Esmarch'schen Operation einen Ausweis liefern können, denn die Narbenmassen sassen nicht in der Nähe des Winkels des Unterkiefers sondern vorne am Kinntheile desselben und es war also hier von der Erzielung einer wahren oder falschen Anchylose des Knochens nicht die Rede. Dagegen erzählt er in einer späteren Sitzung folgenden Fall:

„Im März 1856 hatte ich," so berichtet Hr. B., „der Gesellschaft ein 6 oder 7 Jahre altes Mädchen vorgestellt, welches in Folge eines vorangegangenen Mundbrandes eine vollkommene Kieferklemme mit Substanzverlust der Wange hatte. Ich wusste damals nicht, was mit dem Kinde anzufangen sei und in der Gesellschaft selbst waren die Ansichten sehr verschieden. Bouvier und Larrey riethen zur Anwendung gewisser Instrumente, um die Kiefer allmählig auseinander zu treiben; Cloquet und Guersant erklärten die Chirurgie für ohnmächtig in diesem Falle und der Erstere schlug vor, wenigstens das Loch in der Wange autoplastisch zu schliessen. Dilatatoren verschiedener Art wurden länger als 6 Monate angewendet, hatten aber nicht den geringsten Erfolg, sondern schädigten die Zähne und machten der Kleinen grosse Pein. Ihr Zustand wurde immer trauriger, bis wir endlich in Frankreich durch Verneuil das Verfahren von Rizzoli und Esmarch kennen lernten und ich entschloss mich sofort, diese Operation an dem Kinde vorzunehmen. Ich stellte deshalb das Kind am 21. December 1859 der Gesellschaft noch einmal vor, um über die Zulässigkeit der neuen Operation ein

Urtheil zu erlangen. Es wurde nun beschlossen, nach Rizzoli zu operiren, nämlich die einfache Durchschneidung des Unterkieferknochens im horizontalen Aste desselben vor den Adhäsionen zu machen und daselbst ein falsches Gelenk herzustellen. Es wurde ganz einfach ein horizontaler Schnitt unterhalb der Basis der rechten Hälfte des Unterkieferknochens gemacht und dann von da aus die Liston'sche Zange eingesetzt, womit der Knochen durchschnitten wurde. Der Erfolg war anfänglich ganz nach Wunsch; man konnte sofort die übrige Partie des Unterkiefers, nämlich die vordere und linke Portion desselben, bequem bewegen, die Finger zwischen die Zähne schieben, und die Kleine konnte feste Nahrung ganz gut kauen."

Nach den uns von Verneuil mitgetheilten Thatsachen hegten wir die Ueberzeugung, dass der Erfolg ein dauernder sein werde, allein das war nicht der Fall. Nach einigen Monaten wurde, entweder durch Nachlässigkeit oder durch Nichtbefolgung unserer Vorschrift, den Unterkiefer nicht zu sehr zu senken, dagegen Holzkeile zwischen den Zähnen zu tragen, die Beweglichkeit dss Knochens immer geringer. Die Kiefer näherten sich einander immer mehr und 8 oder 9 Monate nach der Operation war die kleine Kranke genau wieder in der Lage wie vorher. Die beiden Knochenenden waren mit einander verwachsen und es war nicht das Geringste erreicht worden." „Inzwischen erreichte die Kranke ihr 14. Lebensjahr, begriff immer mehr die ganze Bedeutung ihres Leidens und verlangte nun dringend die Wiederholung der Operation, fest entschlossen, nach derselben Alles zu thun, um die Pseudarthrose herzustellen. Sie wurde im Februar 1863 der Gesellschaft von Neuem vorgestellt und man überzeugte sich, dass das Uebel ganz genau so war wie 1856. Bei dieser Gelegenheit bemerkte Hr. Deguise, dass in einem Falle, wo er sogar ein Stück von $1^1/_2$ Centimeter aus dem Knochen ausgeschnitten hatte, doch die beiden Knochenenden mit einander verwuchsen und eine Pseudarthrose nicht zu Stande kam. Hr. Marjolin hat in einem anderen Falle kein besseres Resultat erreicht, obwohl er ebenfalls ein Stück von $1^1/_2$ Centimeter aus dem Unterkieferknochen herausgeschnitten

hatte. Hr. Bauchet war nicht glücklicher gewesen und bei der jungen Kranken, welche er der Gesellschaft vorgestellt hatte, war der Knochen wieder verwachsen und der Kiefer unbeweglich geworden, trotz der Ausschneidung eines Stückes von $1^1/_2$ Centimeter." —

Nach allen diesen Frfahrungen schien die Operation von Esmarch und Rizzoli den grossen Werth nicht zu haben, den man ihr zuerkennen wollte und in den Diskussionen, die hier und da stattgehabt haben, urtheilte man sehr verschieden darüber, und mehrere Autoritäten, wie dieses aus unseren Mittheilungen in den früheren Heften unserer Zeitschrift hervorgeht, schlug man bald diese bald jene Modifikation vor, und besonders glaubte man, dass ein noch grösseres Stück aus dem Unterkieferknochen ausgeschnitten werden müsse, um die Pseudarthrose sicher zu haben. Das fortwährende Auseinanderhalten der beiden Knochenenden erschien jedenfalls als die Grundbedingung des Erfolges, und dazu genügte aber nicht die Ausschneidung eines Stückes von $1^1/_2$ und selbst von 2 Centimet. allein, sondern es musste darauf ankommen, die Ausschneidung so zu bewirken, dass die beiden Knochenenden entweder gar nicht oder höchstens mit einem sehr kleinen Punkte ihrer Ränder mit einander in Berührung kommen konnten. Dieser Meinung waren auch Huguier und Verneuil, mit denen sich Herr Boinet berieth.

„Wir glaubten," sagt Letzterer, „dass, wenn wir (nach Wagner) ein keilförmiges oder dreieckiges Stück aus dem Knochen ausschnitten, wir sicherer zur Herstellung eines falschen Gelenkes kommen würden. Dieses haben wir dann auch bei unserem jungen Mädchen gethan und der Erfolg, den sie bis jetzt darbietet, lässt uns hoffen, dass wir uns auf gutem Wege befinden." Wir brauchen die Operation selbst wohl nicht genau zu beschreiben. Ein Schnitt von der rechten Unterlippe über die Basis des Unterkiefers hinaus wurde durch die Weichtheile bis auf den Knochen gemacht. Dann wurde dieser blosgelegt, indem die Fleischlappen nach hinten und nach vorne zurückgeschlagen wurden. Nach Unterbindung einer Arterie wurde mittelst einer kleinen Handsäge zuerst der Knochen senkrecht vor den Adhäsionen durchschnitten;

hierauf wurde mit der Säge ein zweiter Durchschnitt gemacht, aber dieses Mal schief von vorne nach hinten, so dass ein dreieckiges Stück herausgehoben wurde, dessen Basis nach unten und dessen Spitze nach oben stand. Es ergab sich hierbei, dass der drei Jahre vorher gemachte einfache Durchschnitt sich vollkommen verwachsen hatte. Zu bemerken ist noch, dass drei Wochen vorher aus dem Oberkiefer drei Zähne ausgezogen werden mussten, die eine schiefe Stellung hatten und die Einführung von Nahrungsmitteln sehr hinderten. Das ausgehobene dreieckige Knochenstück war an der Basis $1^1/_2$ Centimeter breit; der Unterkiefer wurde darauf sofort beweglich und die übergelegten Fleischlappen, welche durch eine umwundene Naht verbunden wurden, hinderten diese Beweglichkeit nicht. Die Nachbehandlung bestand in Einspritzen von kaltem Wasser in den Mund, und 32 Tage nach der Operation war der Zustand ein ganz befriedigender. Die Kranke konnte feste Speisen bequem in den Mund nehmen und kauen und man konnte deutlich fühlen, dass die beiden Knochenränder nicht mit einander in Berührung waren. Der hintere stand höher als der vordere und zwischen ihnen war eine deutliche Entfernung, so dass die Herstellung eines falschen Gelenkes kaum zu bezweifeln war. Es kommt jedoch darauf an, das Mädchen in einer späteren Zeit noch einmal vorzustellen."

In der Diskussion, die sich an diese Mittheilung knüpfte, bemerkt zuvörderst Hr. Verneuil, dass nach den neuesten Mittheilungen von Rizzoli die einfache Durchschneidung sehr gute Erfolge gegeben habe; wenigstens sprechen die zusammengestellten Erfahrungen günstiger für diese, als für die Ausschneidung. Man kann das nicht recht begreifen, da in Frankreich die einfache Durchschneidung des Unterkieferknochens fast niemals genügt hat, sondern die Verwachsung immer wieder eintrat und dann doch die Operation nach Esmarch gemacht werden musste.

In einer späteren Sitzung (am 29. Juli) theilt nun Hr. Verneuil die ihm von Rizzoli schriftlich eingesendeten Fälle ausführlich mit. Diese Fälle bieten ein grosses Interesse dar und wir geben sie hier wieder, indem wir bemerken,

dass das *Bullettino delle Scienze mediche di Bologna* (XIX, neueste Reihe) ausführlicher darüber spricht.

Erster Fall. Carlo G., 10 Jahre alt, im Mai 1857 operirt; ein einfacher senkrechter Durchschnitt wurde durch den Unterkieferknochen vor den Adhäsionen gemacht und zwar vom Inneren des Mundes aus, ohne einen Schnitt von aussen. Sehr geringe Entzündung folgte und es war ganz gut möglich, die Knochenenden immer noch von einander zu halten und die Bildung der Pseudarthrose zu begünstigen. Wäre die Entzündung lebhafter gewesen, so wäre das kaum angegangen. In den letzten 6 Jahren hat Hr. R. den Knaben mehrmals wieder gesehen und über dessen Heilung sich gefreut. Ein späterer Bericht über diesen Knaben lautet ebenfalls sehr günstig.

Zweiter Fall. Enrico G., 11 Jahre alt, Ende 1857 operirt. Derselbe Intra-Buccal-Durchschnitt des Unterkiefers mittelst des Osteotomes und in einem einzigen Akte. Zur Zeit seines Austrittes aus der Klinik war der Knabe so wohl daran, wie man es nur wünschen konnte. Hr. Rizzoli hat 6 Jahre später vom Vater desselben die briefliche Mittheilung empfangen, dass der Knabe sich im besten Zustande befindet; er isst und trinkt gut, arbeitet den ganzen Tag als Tischlerlehrling und lernt selbst auf dem Horne blasen; von Tag zu Tag geht es ihm besser.....

Dritter Fall. L. V., 23 Jahre alt, operirt im Dezember 1858. Durchschneidung des Unterkiefers zwischen dem 2. und 3. Backenzahne, vor den Adhäsionen, ohne äusserlichen Einschnitt. Die Herstellung der Pseudarthrose wurde etwas verzögert, weil die Kranke während ihres Aufenthaltes in der Klinik vom Hospitalbrande (wo?) ergriffen worden war. Sie ging in ihr Dorf zurück und es wurde Anfangs schwierig, über ihr späteres Befinden Nachricht zu erhalten. Hr. Rizzoli wendete sich dann an den Kirchenvorstand der Gegend und empfing den Bescheid, dass die Operirte den Mund nicht weit öffnen könne, dass noch etwas Anschwellung im Inneren der Mundhöhle vorhanden sei; sonst sei sie ganz gesund;

nur scheint ihr das Sprechen und Kauen noch etwas schwierig zu werden.

Vierter Fall. Maria M., 6 Jahre alt, operirt im Juli 1859. In ganz geringer Entfernung vom rechten Mundwinkel traf man auf ein daumendickes fibröses Gewebe, welches nach oben und nach unten sich hinzog und die innere Fläche der Wange mit den entsprechenden Flächen der Kieferknochen ganz fest verband. Die oberen Schneidezähne überragten vollständig die unteren. Der linke obere Hundszahn fehlte; statt dessen sah man ein Loch, durch welches Flüssigkeit und breiige Nahrung in kleinen Massen in den Mund geschoben wurden, um das Kind zu nähren. Der rechte obere Hundszahn, der etwas vorragte, wurde ausgezogen und man konnte nun ganz deutlich knochige Massen fühlen, die als unbewegliche Brücken von einem Kiefer zum anderen gingen und beide unbeweglich an einander hielten. Das Rizzoli'sche Verfahren, nämlich die einfache Durchschneidung des Unterkiefers, dicht vor den Adhäsionen, ohne äusseren Einschnitt, hatte auch hier den besten Erfolg. Im Jahre 1863 erhielt Hr. Rizzoli von einem Arzte aus der Heimath des Kindes die Nachricht, dass dasselbe seit seiner Rückkehr immer besser und besser seinen Unterkiefer zu gebrauchen verstand, und dass die Eltern fortwährend Denjenigen segnen, der ihr Kind so wunderbar vor dem sicheren Tode geschützt hat.

Aus diesen kurzen Notizen geht also hervor, dass der Erfolg der von Rizzoli vorgenommenen Operationen ein sehr befriedigender gewesen und dass Rückfälle nicht zu besorgen sind, wenigstens in den ersten beiden Fällen gewiss nicht. Wohl zu merken aber ist, dass es sich nur um die einfache Form des Uebels handelt, nämlich um die blosse Verwachsung der beiden Kiefer mit der Wange, ohne Zerstörung der letzteren. Diese überaus häufige Komplikation modifizirt sofort das Verfahren. Bei den der Gesellschaft vorgestellten Kranken war die Wange immer mehr oder minder zerstört und der übrige Theil weithin in Narbensubstanz, d. h. in eine knotige unelastische Masse, umgewandelt. In

diesen Fällen hat das Rizzoli'sche Verfahren keinen Erfolg gebracht; die Knochenenden verwuchsen immer wieder. Dagegen ist das Verfahren von Esmarch, modifizirt von Wagener (Königsberger medizinische Jahrbücher Bd. II, 1860, Seite 100), wonach ein dreieckiges Stück aus dem Kiefer ausgeschnitten wird, in diesen Eällen viel sicherer, und in der That hat es auch zum Ziele geführt; die Pseudarthrose ist wirklich hergestellt worden. Hr. Verneuil ist daher der Meinung, dass Rizzoli's Methode, nämlich die blosse Durchschneidung des Unterkieferknochens, in den einfachen Fällen, wo die Wange nicht besonders gelitten hat, versucht werden könne, dass aber die Ausschneidung eines Stückes des Knochens nach Esmarch in allen komplizirten Fällen nothwendig werde. Indessen bedarf es noch weiterer Erfahrung, um ganz entschieden sich aussprechen zu können, denn ein Fall, welchen Esterle, dirigirender Wundarzt am Hospitale zu Novara, 1861 mitgetheilt hat (*Annali universali di medicina* Juni 1861 S. 570), spricht schon gegen diese Sätze. Es handelte sich hier um eine Frau von 24 Jahren, welche in ihrer Kindheit in Folge eines Mundbrandes eine Zerstörung der linken Wange und eine Verwachsung der beiden Kiefer an dieser Seite erlitten hatte. Der genannte Chirurg begnügte sich nicht nur mit einer einfachen Durchschneidung des Unterkieferknochens, sondern nahm auch sofort eine plastische Wiederherstellung der Wange vor und hatte einen ganz guten Erfolg, welcher noch nach 15 Monaten ungetrübt blieb.

„Es scheint mir," sagt Hr. V., „ganz unzweifelhaft, dass der gute Erfolg der Operation nicht allein von der Art und Weise abhängig ist, wie mit dem Knochen verfahren wird. Die Nachbehandlung spielt gewiss eine ganz grosse Rolle und namentlich gilt dieses von den glänzenden Resultaten, die Rizzoli erlangt hat. Nach der einfachen senkrechten Durchschneidung des Kieferknochens unterhält er die Entfernung der beiden Knochenenden mittelst eines eingeschobenen fremden Körpers, während der zur Bildung der Pseudarthrose nöthigen Zeit, und es ist einleuchtend, dass ein solcher fremder Körper desto besser ertragen wird, je geringer die Verwundung ist, und da die einfache Durchschneidung die mög-

lichst geringste Reaktion im Gefolge hat, so ist die nachfolgende Entzündung, welche die Wiederverwachsung vorzugsweise verschuldet, grösstentheils vermieden. Auf diese Weise lassen sich die guten Erfolge von Rizzoli ganz gut erklären."

Es wird nun noch von Hrn. V. ein Fall erzählt, wo Rizzoli gleich nach der Durchschneidung des Unterkiefers eine Herstellung der Wange vorgenommen hat und wo der Tod die Folge war, zum Beweise, dass die Gleichzeitigkeit beider Operationen grosse Gefahren hat. Ein Knabe von 10 Jahren bekam 2 Jahre vorher während eines heftigen Typhusfiebers eine brandige Entzündung der Lippen und der Wangen, die eine Deformität des Angesichtes und eine Zusammenklemmung der Kiefer zur Folge hatte. Die Ernährung ging sehr schwierig von Statten und der Knabe magerte sehr ab; er hatte ein fahles Aussehen; die Oberlippe fehlte fast ganz und auch ein grosser Theil der Unterlippe; die Zähne und das Zahnfleisch stehen blos; ein festes Narbengewebe hält links den Unterkiefer unbeweglich am Oberkiefer. Rizzoli begann mit einer Wiederherstellung der Wange und der Lippen, und als er eben den dazu nöthigen Hautlappen gebildet hatte, fand er, dass es nöthig war, den Unterkiefer beweglich zu machen. Er machte deshalb sofort eine einfache Durchschneidung dieses Knochens und vollendete dann die cheiloplastische Operation. In den ersten zwei Tagen ging Alles wohl, aber dann wurde der Lappen brandig; es trat Fieber hinzu, es erzeugte sich Pyämie und es erfolgte der Tod. Ganz gewiss hat die schlechte Konstitution des Knaben einen grossen Einfluss auf dieses traurige Ergebniss und die Durchschneidung des Unterkieferknochens hat gewiss am wenigsten dazu beigetragen. Indessen macht auch Hr. Heath in England (*Dublin Quarterly Journal, Mai 1863 p. 323*) uns mit einem solchen traurigen Falle bekannt, der auch jedenfalls hier angeführt werden muss. Es handelte sich hier um eine Frau, die schon mehrere Operationen ausgehalten hatte, um von der Kieferklemme befreit zu werden, unter anderen auch die Durchschneidung des Massesters. Zwei Jahre vor der letzten Operation hatte H. selbst die

Narbenbrücken zwischen den beiden Kiefern durchtheilt, ja sogar stückweise ausgeschnitten und den Mund auseinandergehalten, allein immer ohne allen Erfolg. Es wurde endlich die Esmarch'sche Operation vorgenommen und zwar ein Stück von $^1/_2$ Zoll mittelst der Kettensäge aus dem Unterkieferknochen ausgeschnitten. Die Kranke starb einige Tage später an Erschöpfung und an Pyämie. Man muss also auch an die Möglichkeit eines solchen schlechten Ausganges denken.

Die Ausschneidung eines dreieckigen Stückes ist übrigens nicht zuerst von Huguier, wie die Franzosen glauben, gemacht worden, sondern von Burns angeblich 1855 und bestimmt von Wagner in Königsberg 1858, wo denn das falsche Gelenk auch wirklich nach einigen Monaten ganz vollkommen zu Stande kam. Der erwähnte Aufsatz von Heath gibt viele Thatsachen an, welche sehr günstig für die Esmarch'sche Operation sprechen und auf die wir hier verweisen müssen. Namentlich war ein Fall interessant, wo bei einem 18jährigen Subjekte Adhäsionen an beiden Seiten des Kiefers stattfanden und man folglich nicht daran denken konnte, an beiden Seiten die Pseudarthrose zu bilden, und wo man durch blosse Trennung der Adhäsionen und durch Einschiebung von Keilen aus Guttapercha endlich die Kieferklemme beseitigte.

48) Ueber die Lage der Sigmoidflexur bei Kindern und über die Frage, ob ein künstlicher After rechts oder links am Bauche zu machen sei?

Ueber diesen Gegenstand haben wir schon mehrmals in dieser Zeitschrift Mittheilungen gemacht. Hier kommt noch eine Notiz, die Hr. Dolbeau aus einer Dissertation eines Hr. Bourcart entnimmt, welcher in der Abtheilung des Hrn. Dolbeau eine Reihe von Untersuchungen über die Lage des obengenannten Theiles des Dickdarmes bei Neugeborenen angestellt hat, namentlich in Beziehung auf die Bildung des künstlichen Afters. Die Behauptung von Huguier, dass die erwähnte Flexur bei Neugeborenen in der

Regel in der rechten Fossa iliaca sich befinde, und dass man bei Imperforation des Mastdarmes den künstlichen After nicht links, sondern rechts am Bauche machen müsse, ist angezweifelt worden. Um die Wahrheit zu ermitteln, hat Hr. Bourcart 140 Leichen neugeborener Kinder in dieser Beziehung untersucht und 111 mal die Sigmoidflexur links liegend gefunden; 6 mal nahm dieser Darm das kleine Becken ein und 33 mal lag er quer, indem er von links nach rechts ging und also die Position hatte, die Huguier angegeben hat. Hr. Bourcart nimmt 3 Lagen an, die in Bezug auf die Häufigkeit ihres Vorkommens folgendermassen geordnet werden müssen: 1) die aufsteigende Position, in welcher die linke Krümmung der Sigmoidflexur scheitelrecht hinaufgeht, 2) die Querposition, wo die linke Krümmung von links nach rechts geht, und 3) die absteigende Position, wo die linke Krümmung von oben nach unten geht. Einige Zwischenvarietäten in der Lagerung sind auch noch angegeben und schliesslich wird bemerkt, dass, wenn man links am Bauche operirt, man immer die Sigmoidflexur trifft, mag diese nun, wie es meistens der Fall ist, daselbst wirklich liegen, oder mag man genöthigt sein, sie im oberen und äusseren Winkel der Wunde zu suchen, wo man sie jedenfalls findet, wenn sie überhaupt existirt; ferner, dass, wenn man rechts am Bauche operirt, man dort nur ausnahmsweise auf die Flexur kommt, sondern meistens dem Blinddarme begegnet.

49) Syphilis durch die Vaccination übertragen.

Herr Chassaignac stellt ein kleines Kind vor, das mit Syphilis behaftet ist und gibt folgende Geschichte desselben. Emilie M., 2 Jahre alt, von der eigenen Mutter gesäugt, seit einem Jahre entwöhnt, nach den eingezogenen Erkundigungen ganz frei von angeerbter Syphilis, wurde am 27. Juni vaccinirt. Zwei oder drei Tage darauf erschienen an den Impfstellen die Papeln, welche gegen den neunten Tag in vollen Eiterpusteln sich darstellten. Diese Pusteln trockneten ein und die Krusten fielen gegen den fünfzehnten Tag nach der Vaccination ab. Die Narben erschienen gut und man hielt

eine weitere Beobachtung des Kindes nicht mehr für nöthig, aber einige Tage nachher bemerkte die Mutter des Kindes an den Impfnarben Geschwüre, und zwar am linken Arme eines, am rechten drei. Diese Geschwüre eiterten und vergrösserten sich in wenigen Tagen immer mehr. Die Geschwüre rechts bedeckten sich mit einer schaalenartigen Kruste, und, wie man sich noch überzeugen kann, sind die Geschwüre schmerzlos und ruhen auf einer harten Basis. Das Geschwür links zeigt ungefähr dieselben Charaktere, nur ist es entzündeter und ohne Kruste. Die Achseldrüsen sind an beiden Seiten angeschwollen, auch die Drüsen im Nacken sind etwas aufgetrieben, links auch die Submaxillardrüsen; sonst nichts auf dem Kopfe, im Halse oder am After. Unter dem linken Ohre gewahrt man eine kupferrothe Papel, die mit kleinen grauen Schuppen bedeckt ist und die sehr charakteristisch aussieht; ausserdem auf Brust, Bauch und Rücken ein leichter kupferrother Ausschlag, der früher nicht dagewesen ist. Hr. Cullerier erkennt die Geschwüre an den Armen und den Ausschlag für syphilitisch, und hält diesen Fall für einen der besten Beweise der Uebertraguug dieser Krankheit durch die Vaccination. Beide Krankheitsgifte sind offenbar zugleich eingeimpft worden und zwar ist ganz normal der Vaccinestoff zuerst zur Entwickelung gelangt und erst später kam die Syphilis zum Vorscheine. Freilich wäre es noch nothwendig, auch das Kind zu untersuchen, von dem die Vaccinematerie genommen worden ist; noch nothwendiger aber wäre es, wie Hr. Guérin richtig bemerkt, Vater und Mutter genau zu untersuchen und in Bezug auf etwa stattgehabte Syphilis sich nicht auf ihre Aussage zu verlassen.

Hr. Boinet glaubt, dass man auch alle die Kinder untersuchen müsse, welche mit derselben Lymphe geimpft worden sind, und mit dem das Kind, von dem hier die Rede ist, vaccinirt wurde; eher dürfe man keine Schlüsse aus diesem Falle ziehen. — Cullerier gesteht auch, dass die vielen Fälle, welche bisher als Beweise von der Uebertragung der Syphilis durch die Vaccine angeführt worden sind, in Bezug

auf Zuverlässigkeit und Sicherheit für die Zukunft viel zu wünschen übrig lassen.

Wie bisher in den meisten Fällen, welche als Beweise für die Uebertragung von Syphilis mittelst der Vaccination angeführt sind, darüber hin und her gestritten worden, ob die vorgegebenen Facta auch richtig und glaubwürdig seien, ebenso war es auch in dem hier von Chassaignac vorgebrachten Falle. In einer späteren Sitzung der Gesellschaft nämlich erklärt Hr. Depaul, dass er das fragliche Kind gesehen und das Dasein von Syphilis in demselben sehr bezweifeln müsse; zuvörderst, meint er, sehe das Kind dazu zu frisch aus, dann wissen wir nichts von der Art der Inokulation, und endlich kennen wir auch den Zustand des Kindes nicht, von dem der Vaccinestoff genommen worden.

Was gewahrt man an dem Kinde, welches von Chassaignac vorgezeigt worden? Auf einem Arme zwei platte, gelbliche, trockene Pusteln, welche an ihrem Rande etwas Induration zeigen, und ausserdem sind die Achseldrüsen geschwollen und es zeigen sich einige schwache, röthliche Flecke auf der Kutis. Das Alles aber ist durchaus nicht charakteristisch, um Syphilis zu beweisen, und wer viel vaccinirt hat, wird dergleichen oft bemerkt haben. „Ich habe," sagt Hr. Depaul, „vielleicht fünfzig Fälle gesehen, welche die grösste Analogie mit gegenwärtigem darboten. Die Vaccine war wie gewöhnlich geimpft worden; die Pusteln hatten sich ganz genau so entwickelt, wie Jenner angegeben hat; die Krusten fielen ab, aber dann blieben offene Stellen zurück, die eiterten und sogar sich vergrösserten und wobei sich zugleich verschiedene Exantheme auf der Haut zeigten. Alles dieses verschwand nach und nach und hatte nichts mit Syphilis zu thun. Demnach glaube ich, dass auch bei dem Kinde, welches Hr. Chassaignac vorgestellt hat, es sich ganz und gar nicht um Inokulation von Syphilis durch die Vaccine handelt."

Wir fügen hinzu, dass man bei den älteren Schriftstellern über die Vaccination und deren Folgen, namentlich bei denen,

welche bald nach der Zeit ihrer Einführung geschrieben haben, so wie ferner bei Bateman, Willan, Rayer und Biett, die Hautausschläge deutlich geschildert findet, welche durch die Vaccine erregt werden können, ohne dass sie etwas bedeuten. Beweise für Syphilis sind sie durchaus nicht. Hr. Callerier bleibt dabei, dass die harten Ränder, welche die Geschwüre darbieten, Beweise von Syphilis seien; auch die Roseola habe etwas Charakteristisches und ausserdem habe das Kind eine muköse Pustel in der Aftergegend. — Es entsteht ein Streit darüber, ob die Erscheinungen, die an dem Kinde zu bemerken sind, für syphilitische zu halten seien oder nicht, und Hr. Guérin bemerkt bei dieser Gelegenheit Folgendes: „Bei ganz kleinen Kindern geschieht die Entwickelung der Syphilis mit grosser Schnelligkeit. Im Leibe der Mutter kann die Syphilis am Kinde die erste und zweite Periode durchlaufen und bei der Geburt desselben als tertiäre zum Vorscheine kommen. Ich glaube behaupten zu können, dass die syphilitische Kachexie bei dem neugeborenen Kinde nur vorkommt, wenn es die Krankheit in der ersten Zeit der Schwangerschaft seiner Mutter bekommen hat: ist es aber geringe Zeit vor der Entbindung der letzteren damit behaftet worden, so scheint es meistens zur Zeit der Geburt sich ganz wohl zu befinden und auch von gutem Aussehen. In diesem letzteren Falle treten die syphilitischen Erscheinungen erst 2 bis 3 Wochen, ja oft noch viel später nach der Geburt, auf, und wenn vielleicht inzwischen die Vaccination versucht worden, so kann die beste und gesundeste Lymphe die latente Syphilis am Kinde zum Vorscheine bringen und so zu sehr falschen Schlüssen führen."

Wir können hinzufügen, dass bis jetzt noch nicht genau festgestellt ist, wie lange Zeit nach der Geburt angeerbte syphilitische Vergiftung latent bleiben kann. Es sind uns in der letzten Zeit einige Fälle vorgekommen, wo nicht früher als zur Zeit der ersten Dentition oder des Entwöhnens sich Erscheinungen kundthaten, welche auf Syphilis hinwiesen und wo mit Bestimmtheit seit der Geburt des Kindes bis zu

dieser Zeit keine direkte Ansteckung desselben stattgefunden hat. Lässt sich nun annehmen, dass angeerbte Syphilis so viele Monate im Kinde latent bleiben könne, ehe sie zur Manifestation kommt, so lässt sich auch ganz gut denken, dass das Vacciniren nur diese Manifestation bewirke, und man würde einen grossen Fehlschluss thun, wenn man dem Vaccinestoffe diese Syphilis zuschriebe. Hr. Depaul sagt ganz richtig, dass man, da das vorgestellte Kind in einer öffentlichen Impfanstalt vaccinirt worden, erst die Kinder alle hätte besichtigen müssen, auf welche dieselbe Lymphe übertragen worden ist; er habe das fragliche Kind genau untersucht und an demselben muköse Tuberkeln in der Aftergegend nicht gesehen.

(Schluss folgt.)

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bdn. — Gute Originalaufsätze üb. Kinderkrankheiten werden erbeten und nach Erscheinen jedes Heftes gut honorirt.

JOURNAL

FÜR

KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandl., Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journales beliebe man derselben oder den Verlegern einzusenden.

[BAND XLIV.] ERLANGEN, MAERZ u. APRIL 1865. [HEFT 3 u. 4.]

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Die organische Kieferklemme und die Operation von Rizzoli und Esmarch dagegen, kritisch beurtheilt.

Dieser Gegenstand gehört vorzugsweise in das Bereich der Lehre von den Kinderkrankheiten. Wir verstehen unter organischer Kieferklemme das Aneinanderklemmen des Unterkiefers an den Oberkiefer durch wirkliche Anchylose des Kiefergelenkes, durch permanente Verkürzung der Aufhebemuskeln und besonders durch unnachgiebiges Narbengewebe, welches fast immer, so weit die Erfahrungen bis jetzt reichen, von sogenanntem Mundbrand, Noma oder Stomacace (man wirft diese Bezeichnungen immer noch untereinander) erzeugt ist. Am häufigsten sind es die Masern, seltener der Typhus und noch seltener andere pathologische Vorgänge, die dazu Anlass geben, und fast immer waren es bisher Kinder oder jugendliche Subjekte, welche mit dem erwähnten Uebel zur Behandlung gekommen sind. Das Narbengewebe, welches auch den fleischigen Theil der Wange in Anspruch genommen hat, erstreckte sich seitlich vom Oberkiefer bis zum horizontalen Aste des Unterkiefers nahe an dem Winkel desselben, also in der Gegend der hinteren Backenzähne, und war in den bisher beobachteten Fällen sehr oft mit grösserem oder geringerem Substanzverluste in der Wange verbunden. Selten fand sich dieses Narbengewebe zugleich an beiden Seiten der Kiefer. Mag nun dieses Narbengewebe an einer oder an beiden Seiten sich befinden, so

ist die Wirkung immer die, dass der Unterkiefer an den Oberkiefer geklemmt wird und unbeweglich ist. Das Einbringen von festen Nahrungsstoffen in den Mund, das Kauen und Sprechen wird dadurch unmöglich gemacht und es gelingt höchstens durch Zahnlücken, oder durch eine andere kleine Kluft zwischen den Zahnreihen, flüssige Stoffe einzuflössen und die Ernährung zu unterhalten.

Der von Franzosen und Engländern gebrauchte Ausdruck Anchylose des Unterkiefers passt für diese durch Narbengewebe gebildete Kieferklemme nicht, da das Kiefergelenk an sich dabei frei ist und von einer knochigen Verwachsung nicht die Rede sein kann.

Bis in die neueste Zeit hinein hat man gegen die letztere Art der organischen Kieferklemme kein anderes Verfahren gekannt, als Durchschneidung oder Ausschneidung der Narbenbrücken oder Adhäsionen, um den Unterkiefer wieder beweglich zu machen und dabei durch eine autoplastische Operation den etwa vorhandenen Substanzverlust in der Wange wieder zu ersetzen. Dieses Verfahren hat aber in den allerwenigsten Fällen zum Ziele geführt; das unnachgiebige Narbengewebe erzeugte sich stets von Neuem und die Kieferklemme wurde wieder herbeigeführt. Auch das Zwischenhalten von fremden Körpern zwischen den Kiefern, z. B. das Einschieben von kleinen Keilen, Klammern oder Scheibchen aus verschiedenem Materiale, half in den meisten Fällen nichts, indem sie entweder nicht ertragen wurden oder so nachtheilig auf die Zähne und Alveolarfortsätze der Kiefer wirkten, dass sie wieder herausgenommen werden mussten.

Genial war also der Gedanke, durch Herstellung einer Pseudarthrose im horizontalen Aste des Unterkiefers dicht vor den Narbenbrücken diesen Knochen wieder beweglich zu machen und die Funktion des Kauens und Sprechens auf diese Weise wieder herzustellen. Dieser Gedanke ist zuerst von Rizzoli in Bologna und früher oder zugleich von unserem Esmarch in Kiel aufgenommen und ausgeführt worden, und zwar von Rizzoli mittelst einer einfachen Durchschneidung des horizontalen Astes des Unterkiefers und von Esmarch vorzugsweise mittelst

Ausschneidung eines Stückes aus demselben. Bei beiden Operationen kam es darauf an, die Nachbehandlung so zu leiten, dass nicht eine knochige Wiederverwachsung, sondern eine bewegliche oder fibröse Vereinigung zwischen den beiden Knochenenden eintrat, und eine ganze Anzahl sehr hübscher gelungener Fälle haben dieses Bemühen mit Erfolg gekrönt. Diese Operation ist seit etwa 4 oder 5 Jahren im Gange und hat bereits zu vielerlei Besprechungen in Frankreich, England, Deutschland und Nordamerika geführt und wir haben auch in dieser unserer Zeitschrift schon vielfach davon Notiz gegeben.

Wir führen hier nun einige Literatur über diesen Gegenstand an:

Rizzoli, *Operazioni chirurgiche eseguite in diversi casi onde togliere la immobilita della mascella inferiore*, in *Mem. dell'Acad. de Bologna, 1858.*

Esmarch, Die Behandlung der narbigen Kieferklemme durch Bildung eines künstlichen Gelenkes im Unterkiefer, mit Abbildungen; Kiel 1860.

Verneuil, *De la Création d'une fausse articulation par section ou résection partielle de l'os maxillaire inférieur, comme moyen de remédier à l'ankylose vraie ou fausse de la mâchoire inférieure (Archives gén. de méd., Janvier et Février 1860).*

Mathé, *Recherches sur les résultats fournis par les procédés d'Esmarch et de Rizzoli (Thèse de Paris 1864).*

Simon Duplay, *Du resserrement permanent des mâchoires, et de son traitement par les procédés d'Esmarch et de Rizzoli (Archives gén. de méd. Octobre 1860).*

Endlich Verhandlungen der *Societé de Chirurgie* in Paris vom Jahre 1863 und 1864, zum Theil in dieser unserer Zeitschrift schon mitgetheilt, und gehen wir nun weiter in diesen Gegenstand näher ein.

Hr. Verneuil hat das Verdienst, dass er die ebengenannte Operation zuerst in Frankreich zur Kenntniss gebracht hat, und Hr. Duplay, der letzte Autor, den wir hier anführen, hat eine Art Kritik geliefert, die recht gut ist. Er registrirt zuvörderst ganz kurz die verschiedenen Ursachen, von

denen die Kieferklemme abhängig sein kann, und erkennt als solche: 1) Verkürzung der Aufhebemuskeln des Unterkiefers; 2) wirkliche knochige Verwachsung des Kiefergelenkes (wahre Anchylose) und 3) die schon genannten Narbenbrücken. Diese verschiedenen Ursachen können mehr oder minder gemeinschaftlich vorhanden sein, aber auch allein bestehen. Ergibt sich nur Verkürzung der Muskeln als Ursache der Kieferklemme, ohne dass Narbenbrücken oder Adhäsionen vorhanden sind, so würde eine allmählige Dehnung dieser Muskeln oder allenfalls eine subkutane Durchschneidung derselben zur Kur ausreichen. Bei einer knochigen Verwachsung des Kiefergelenkes bleibt wohl auch nichts Anderes übrig, als die Operation von Esmarch oder Rizzoli. Aeusserst selten ist aber bis jetzt diese knochige Verwachsung angetroffen worden und es sind, wie schon erwähnt, vorzugsweise die fleischigen Verwachsungen zwischen den beiden Kiefern und der Wange, welche dem Arzte entgegentreten. Diese Verwachsungen sind in Form, Ausdehnung, Dicke und Sitz sehr verschieden, und durch diese Verschiedenheit wird, wie sich denken lässt, das operative Verfahren wesentlich bedingt. Bald ist die Wange mit dem Zahnfleische des Ober- und Unterkiefers nur durch schmale und dünne Brücken verbunden und das unnachgiebige Narbengewebe betrifft mehr die Wange selbst als die Kiefer, und es lässt sich annehmen, dass eine blosse Trennung der Adhäsionen zur Heilung genügt, ohne dass es nöthig ist, eine Pseudarthrose im Unterkiefer herzustellen. In anderen Fällen bestehen die Brücken in einem sehnigen oder fibrösen Gebilde und gehen vom Oberkiefer zum Unterkiefer, sind aber mehr oder minder dehnbar, so dass von einer fortgesetzten Ausdehnung derselben eine Heilung erwartet werden kann. Sehr oft aber bestehen die Verwachsungen zwischen den beiden Kiefern und der Wange in einer derben; unnachgiebigen, fast knorpeligen Substanz (erster Fall von Rizzoli) oder in einer fast knochigen Masse (Fall von Esmarch, ferner von Langenbeck in dessen Archiv für klinische Chirurgie Bd. III, Mittheilung von Lücke über Resektionen). Was den Sitz und die Ausbreitung der Adhäsionen oder Brücken betrifft, so sind sie in Be-

zug auf die vorzunehmende Behandlung von Verneuil in zwei Gruppen geordnet, je nachdem sie mehr vorne oder mehr hinten liegen. Die vorne liegenden Verwachsungen der beiden Kiefer, die Adhaesiones labio- oder genio-maxillares genannt werden können, und wobei die Schleimhaut in dem tieferen oder hinteren Theile, in der sogenannten Backentasche, verschont geblieben, ist weniger von Bedeutung als die der anderen Gruppe, weil es dort noch möglich ist, sie durch blosse Durchschneidung und nachfolgende Anwendung mechanischer Mittel, und ganz besonders durch Autoplastik zu beseitigen. Die hinteren Verwachsungen dagegen, Adhaesiones genio-maxillares profundae und intermaxillares genannt, haben ihren Sitz in der Gegend der grossen Backenzähne oder am Winkel des Unterkiefers und füllen gewissermassen den Hintergrund der Backentasche oder die Höhle aus, welche das Zusammentreffen der beiden Kiefer an ihrem hintersten Winkel mit der Wange bildet. Diese Verwachsungen sind von viel grösserer Bedeutung und in der Regel richten die eben genannten Mittel dagegen nichts aus, wie die Erfahrung von Wilms und Langenbeck in Berlin und von Heath (*Dublin Quarterly Journal,* Mai 1863) gelehrt haben.

„Wir glauben demnach," sagt Hr. Duplay, „grundsätzlich uns dahin aussprechen zu können, dass die Operation von Esmarch und Rizzoli indizirt ist, wenn die Kieferklemme durch feste, widerstrebende, tief hinten gelegene und den grössten Theil der Mundschleimhaut einnehmende Verwachsungen bewirkt ist, und ganz besonders dann, wenn zugleich Muskelverkürzung und fibrös-knorpelige oder knochige Verschmelzung der beiden Kieferknochen vorhanden ist. In diesen Fällen muss sofort die Bildung eines falschen Gelenkes im Unterkiefer vorgenommen werden; dem Kranken werden dadurch peinliche und langwierige Heilungsversuche erspart und der Arzt schützt sich vor Misserfolgen und Täuschungen."

„Wenn jedoch die Kieferklemme allein durch Muskelverkürzung bewirkt ist, oder in falscher Anchylose des Kiefergelenkes, oder in weichen, ausdehnbaren, nicht sehr breiten Fleischbrücken ihren Grund hat und namentlich, wenn diese Fleischbrücken mehr im vorderen Theile der Mundhöhle sitzen

und einen gewissen Theil der Schleimhaut freigelassen haben, so darf zu der neuen Operation in der Regel nicht eher geschritten werden, als bis alle übrigen Mittel vergeblich versucht worden sind. Ich muss noch hinzufügen, dass die eben angegebenen Indikationen nur in den Fällen richtig sind, in welchen die Ursachen der Kieferklemme nur eine Seite betreffen."

Wir haben schon angedeutet, dass die gewöhnliche Ursache der hier in Rede stehenden narbigen Fleischbrücken eine geschwürige oder brandige Entzündung des Mundes ist, und wir fügen hinzu, dass von allen Krankheiten es die Masern sind, welche am häufigsten dazu Anlass geben, obwohl nicht in Abrede zu stellen ist, dass auch starke Verbrennungen des Mundes, vielleicht auch in den Mund genommene ätzende Flüssigkeiten, möglicherweise auch Merkurialismus und Syphilis, dazu Anlass geben können. Die Folgen des Mundbrandes oder des Ulzerationsprozesses sind nicht nur die Bildung der narbigen Masse, welche die Kiefer aneinanderklemmt, sondern auch mehr oder minder grosser Substanzverlust der Lippen und der Wange. Die hieraus entspringenden grossen Verunstaltungen des Angesichtes erfordern eine sehr ernste Berücksichtigung und es entsteht die Frage, ob die Bildung der Pseudarthrose des Unterkiefers zugleich mit Wiederherstellung der Wange und Lippen vorzunehmen sei oder die eine Operation der anderen später nachzufolgen habe? Die Analyse der gemachten Beobachtungen ergibt, dass der Versuch, beide Operationen zu gleicher Zeit zu machen, von Nachtheil gewesen ist, indem bald die Autoplastik nicht gelungen ist (Wagener, in Königsberger medizinischen Jahrbüchern II 1860), bald wieder die Pseudarthrose nicht erreicht wurde (Bouchut, und in der erwähnten Dissertation von Mathé S. 17). Endlich ist noch zu bemerken, dass von 4 Fällen, in denen der Tod in Folge der Operation eintrat, zweimal nach der Autoplastik, welche zugleich mit der Durchschneidung des Knochens vorgenommen wurde, sehr ernste Zufälle sich einstellten, denen man höchst wahrscheinlich den tödtlichen Ausgang beimessen darf. Man kann sich übrigens die Uebelstände leicht vorstellen, welche

aus der gleichzeitigen Vornahme der beiden Operationen entspringen, denn einerseits hindern die Bewegungen, welche man mit dem Kiefer fortwährend vornehmen muss, um die Herstellung des falschen Gelenkes zu begünstigen, die Verwachsung der autoplastischen Hautlappen, und andererseits muss die für letzteren Zweck nothwendige Ruhe die durchschnittenen Knochenenden wieder zu mehr oder minder fester Vereinigung bringen und die Bildung neuer Hautbrücken auf der inneren Fläche der Wange begünstigen.

Es lässt sich also im Allgemeinen der Satz aufstellen, dass in den Fällen, wo die organische Kieferklemme, welche die Herstellung einer Pseudarthrose im Unterkiefer nöthig macht, mit Substanzverlust in der Wange verbunden ist, die eben genannte Operation im Knochen und die autoplastische Wiederherstellung der Wange nicht zugleich, sondern in zwei verschiedenen Zeiten vorgenommen werden muss. Dem dringendsten Bedürfnisse muss zuerst abgeholfen werden und dieses ist offenbar die Bildung des falschen Gelenkes, um dem Unterkiefer seine Funktion wiederzugeben; erst wenn dieses gelungen ist, wird zur Restauration der Wange geschritten. Dieser Satz lässt Ausnahmen zu und es sollen auch schon Fälle vorgekommen sein, wo beide Operationen zu gleicher Zeit oder rasch hinter einander gemacht worden sind und der Erfolg ein ganz guter gewesen ist.

Wir wenden uns jetzt zu der Betrachtung der Operation von Esmarch und Rizzoli. Wem von diesen beiden Männern gebührt die Priorität? Hr. Verneuil hat in seinem von uns zitirten Aufsatze einen historischen Ueberblick gegeben und es erhellt, so weit wir Kenntniss von der Sache haben, dass sie dem Prof. Esmarch zukommt. Zwar hat bereits im Jahre 1826 Rhea-Burton in Philadelphia den Gedanken gefasst und ausgeführt, im Unterkiefer ein falsches Gelenk herzustellen, um diesen beweglich zu machen, allein es betraf dieser Fall eine wirkliche Anchylose des Unterkiefergelenkes und es ist nicht daran gedacht worden, für die viel häufiger vorkommende narbige Kieferklemme diese Operation zu verwenden. Die Franzosen behaupten, dass A. Bérard 1838 schon die Idee gehabt habe, diese Operation mehr in

Geltung zu bringen, und möchten ihm gar gerne die Priorität vindiziren, allein auch Dieffenbach hat mit dieser Idee sich beschäftigt, aber immer und immer war es nur die Anchylose des Kiefergelenkes, welche man als Indikation dazu ansehen wollte, und man glaubte darum auch, die Pseudarthrose im aufsteigenden Aste des Unterkiefers, möglichst nahe am Gelenkhalse desselben, herstellen zu müssen, und namentlich war Dieffenbach dafür, hier mittelst einer gewaltsamen Durchbrechung eine Fraktur zu erzeugen. Im Jahre 1854 zeigte aber Esmarch, dass in den Fällen, wo die Kieferklemme durch unnachgiebige Narbentextur verursacht ist und nach jedem Durchschneidungs- oder Ausschneidungsversuche sich immer von Neuem wieder erzeugt, die Pseudarthrose im horizontalen Aste des Unterkiefers, dicht vor diesen fleischigen Verwachsungen, angelegt werden müsse. Hr. Duplay, der dieses auch erwähnt, stellt unseren Esmarch in dieser Sache als einen Schüler A. Bérard's dar und gibt zu verstehen, dass er von Letzterem seine Eingebungen empfangen habe, der also der eigentliche Urheber sei. Dass dieses nicht wahr ist, liegt auf der Hand und es ist auch fraglich, ob Rizzoli, welcher im Jahre 1857 nach denselben Prinzipien die Operation mit gutem Erfolge vollführte, wirklich, wie Duplay und er selbst behauptet, das Esmarch'sche Verfahren nicht gekannt habe. Wie dem auch sei, so gibt zuletzt Hr. Duplay doch dem die Ehre, dem sie gebührt; wir wiederholen seine Worte: *En présence des dates qui seules font loi en matière de priorité, celle-ci revient, donc à M. Esmarch, à qui appartient la conception raisonnée de la méthode.*

Wenn nun im Allgemeinen von Esmarch und auch von Rizzoli bei der durch Narbengewebe gebildeten Kieferklemme darauf ausgegangen wird, dicht vor den Fleischbrücken oder Adhäsionen die Pseudarthrose im Unterkiefer zu bilden, so fragt sich zuvörderst, ob bei wirklicher oder auch falscher Anchylose des Kiefergelenkes ebendaselbst die Operation zu machen sei, oder ob man in diesen seltenen Fällen lieber nach Dieffenbach im aufsteigenden Aste des Unterkiefers sie vornehmen müsse? Es ist wohl keinem

Zweifel unterworfen, dass es von Vortheil ist, die möglichst grösste Portion des Unterkiefers beweglich zu machen, und dass, je näher dem Kiefergelenke die Pseudarthrose hergestellt wird, desto vollständiger die Funktion desselben hervortritt. Man muss aber wohl den Sitz und die Lage der Aufhebemuskeln des Unterkiefers, die bei der Kieferklemme, von welcher Ursache diese auch herkommen möge, immer verkürzt sind, erwägen. „Wenn man," bemerkt Hr. Duplay ganz richtig, „bei der bestehenden Verkürzung dieser Muskeln (Masseter, Temporalis, Pterygoidei) weit hinten, also innerhalb ihres Wirkungsgebietes, das falsche Gelenk bilden wollte, so würde man alle Vortheile der Operation verlieren, da die sich verkürzenden Muskeln die Kieferklemme unterhalten oder die Verkürzung immer von Neuem wieder sich herstellen würde. In einem Falle, der, wie ich glaube, der einzige seiner Art ist, ist von Hrn. Grube (Archiv für klinische Chirurgie Bd. IV, 1863) die Operation in der erwähnten Art und Weise und unter den erwähnten Umständen mit einigem Erfolge gemacht worden. Es handelte sich um eine wirkliche Anchylose des Unterkiefers, welche durch Knocheneiterung in der Gegend des Kiefergelenkes herbeigeführt und mit narbigen Verwachsungen um das Gelenk herum verbunden waren. Da alle Mittel, die Kiefer auseinander zu bringen, vergeblich waren, so hielt Gr. die Bildung eines falschen Gelenkes in dem aufsteigenden Aste des Unterkiefers nach dem Vorschlage von Dieffenbach für die einzige Hülfe." Die Operation hatte ihre Schwierigkeiten; wie sie mit Meissel und Hammer gemacht worden ist, ist in der erwähnten Zeitschrift genau angegeben. Das Resultat soll ganz nach Wunsch gewesen sein; wenigstens konnte gleich nach der Operation der Kiefer bis auf $^1/_2$ Zoll hinabbewegt werden. Die Pseudarthrose selbst kam wirklich zu Stande, aber einen Monat nachher musste doch eine subkutane Durchschneidung des verkürzten Masseters vorgenommen werden, um den Mund noch weiter öffnen zu können und die Beweglichkeit des Unterkiefers zu sichern. Nach 8 Monaten, heisst es weiter, hatte dieser Knochen seine Funktion vollkommen wieder; nur musste man immer noch denselben in fortwährender Be-

wegung erhalten, weil, wenn man das unterliess, die Unbeweglichkeit (vermuthlich durch die Verkürzung der vorhin genannten Muskeln) wieder einzutreten strebte.

Der Erfolg in diesem einen Falle muntert nicht zur Wiederholung der Operation auf, und wenn man nachliest, wie diese gemacht worden ist, so wird man noch um so weniger dazu sich geneigt fühlen. Es ist nämlich der aufsteigende Ast des Unterkiefers dicht unter dem Halse nicht einfach durchschnitten oder durchsägt, sondern mittelst eines aufgesetzten Meissels durch einen Hammerschlag durchbrochen worden. Es war nicht anders möglich, da die anatomische Lage der oberen Portion des aufsteigenden Astes und seine Breite die Durchsägung oder Durchschneidung nicht gut gestattet. Nun liegt aber auf der Hand, dass bei dieser Art und Weise, eine Fraktur zu bewirken, man einer gefährlichen Unsicherheit sich überlässt, weil die Fraktur hier eine ganz andere Richtung nehmen und dabei die weichen Theile mehr oder minder verletzt werden können. Dieffenbach, der dieses Verfahren, wie schon erwähnt, angerathen hat, hat, ausser in dem schon erwähnten Falle, auch weiter keine Nachahmer gefunden. Man ist jetzt wohl klar darüber, dass, wenn zur Beseitigung der Kieferklemme die Herstellung einer Pseudarthrose des Unterkiefers nothwendig wird, dieser Knochen, worin auch die permanente Kieferklemme beruhen möge, immer in seinem horizontalen oder in der Mundhöhle freien Theile durchschnitten werden müsse, und dass dieses immer vor dem Ansatze des Masseters zu geschehen habe, damit dieser Muskel durch seine Verkürzung nicht die beiden Knochenenden fest zusammenklemme. Sind Narbenbrücken vorhanden, so wirken diese auch noch bestimmend auf die Stelle, wo die Pseudarthrose zu machen sei, weil ja vor diesen Narbenbrücken dieselbe nur ein Resultat geben kann. Da die Narbenbrücken aber von verschiedener Breite sein können, so lässt sich ganz genau die Stelle nicht angeben. Hr. Verneuil nimmt jedoch an, dass in der Regel die Gegend der kleinen Backenzähne zu wählen sei und dass dieses auch dann geschehen müsse, wenn die narbigen Verwachsungen etwas weiter hinten sich befinden. Es

werden dadurch, wie Hr. Duplay anführt, folgende Vortheile gewonnen: die Durchschneidung des Knochens geschieht hier gleichsam unter den offenen Augen des Operateurs und die Nachbehandlung gestaltet sich sehr einfach; reicht die einfache Durchschneidung nicht aus, um eine gehörig bewegliche Pseudarthrose herzustellen, so ist es nachher noch leicht, durch eine nachfolgende Operation ein kleines Stück vom feststehenden Knochenende wegzunehmen; endlich ist noch zu bedenken, dass, wenn es sich darum handelt, durch eine autoplastische Operation die Wange zu restauriren, die Bewegungen des künstlichen Gelenkes darauf nur geringen nachtheiligen Einfluss ausüben können. Andererseits ist aber wohl zu beachten, ein so grosses Stück des Unterkiefers wie möglich wieder beweglich zu machen, und es fragt sich, wie man zu verfahren habe, wenn die narbigen Verwachsungen sehr weit nach vorne, etwa bis zum Kinntheile, reichen? Soll man in diesem Falle auch den Grundsatz festhalten, vor den Adhäsionen die Pseudarthrose zu bilden, und müsste man nicht vielmehr einen solchen Fall als nicht geeignet für die Operation erachten?

„Wenn," bemerkt Hr. Duplay, „die Verwachsungen so weit ausgedehnt sind, so muss man eine absolute Unbeweglichkeit des Unterkiefers mit allen üblen Folgen derselben dabei sich vorstellen. Nun aber kommt es in so ernstem Falle nach der Bemerkung des Hrn. Verneuil nicht darauf an, die Bogenform des Kiefers zu erhalten, als vielmehr die Mundöffnung so weit herzustellen, dass Nahrungsstoffe eingeführt werden und die Zunge sich bewegen könne, um so viel als möglich die Ernährung und das Sprechen herzustellen. Die genügende Beweglichkeit auch nur einer Hälfte des Unterkiefers scheint für diese wichtigen Zwecke zu genügen. Indessen kann doch auch wohl von der Regel abgewichen werden, wenn die Verwachsungen nicht sehr fest und nicht sehr derb sind, wenn ferner die benachbarten Texturen ihre Weichheit und Beweglichkeit behalten haben, kurz, wenn es möglich erscheint, ihre Vernarbung für sich zu erlangen und ihre nachfolgende Verkürzung zu verhindern. Dahin war das Verfahren von Esterle in einem Falle von narbiger Kieferklemme

gerichtet, in welchem die Verwachsungen fast bis zur Mittellinie des Unterkiefers reichten und die eben angegebenen Charaktere darboten. Nach Trennung der vorderen Verwachsungen durchschnitt Esterle den Unterkieferknochen etwa 4 Centimet. vor seinem Winkel, in der Gegend des letzten Backenzahnes, und hatte einen ganz guten Erfolg."

Man wird also den Ort, wo man das falsche Gelenk im Unterkiefer anzulegen trachtet, so weit als möglich hinten im horizontalen Aste desselben zu wählen haben, sich aber durch die speziellen Umstände des Falles bestimmen lassen müssen.

Was die Operation selbst betrifft, so besteht sie entweder in Ausschneidung eines Stückes aus dem Unterkieferknochen oder in blosser Durchschneidung des letzteren. Die Ausschneidung oder Resektion ist das Verfahren von Esmarch, die Durchschneidung oder Sektion das von Rizzoli. Beide Verfahrungsweisen zerfallen in zwei Akte: 1) Bloslegung — des Kieferknochens an der Stelle, wo man die Pseudarthrose bilden will; 2) Sektion oder Resektion des Knochens.

Die Ausführung des ersten Aktes ist verschieden, je nachdem zugleich Substanzverlust der Lippen oder der Wange vorhanden ist oder diese Theile unversehrt sind. Ist Ersteres der Fall, so genügt es, einen Einschnitt an der Grenze des Loches in der Wange zu machen, die letztere und die Lippen von ihren Anheftungen an dem Unterkiefer zu lösen und sie von oben nach unten zurückzuschlagen, indem man die äussere Fläche des Unterkiefers bis unterhalb seines unteren Randes frei legt. Es wird zu diesem Zwecke bisweilen nöthig, noch einige andere Schnitte zu machen, was natürlich sich nicht im Voraus feststellen lässt.

Ist kein Substanzverlust in der Wange vorhanden, so kann die Bloslegung des Knochens auf verschiedene Weise geschehen. Rizzoli beginnt, indem er den Mundwinkel an der kranken Seite so viel als möglich abhebt, damit, einen Einschnitt in die Schleimhaut an der Stelle zu machen, wo diese sich umschlägt, um das Zahnfleisch zu bilden; dann löst er die Unterlippe von der Oberfläche des Knochens los und vollführt diese Loslösung bis unterhalb des unteren

Randes desselben; endlich legt er den Unterkieferknochen so weit blos, dass er hinten und unten das Instrument herumschieben kann, mit welchem der Knochen durchschnitten werden soll. Man sieht hieraus, dass das Verfahren von Rizzoli nicht nur leicht und schnell auszuführen ist, sondern auch den Vortheil hat, keine äusserlich wahrnehmbare Narbe zu hinterlassen. Man begreift jedoch aus der anatomischen Lage der Theile, dass, wenn weit hinten, z. B. dicht vor dem Winkel des Unterkiefers, die Pseudarthrose gebildet werden soll, die Ausführung der eben angegebenen Weise nicht möglich ist, und dass dann der Knochen nicht anders entblöst und das zu seiner Durchschneidung bestimmte Instrument von unten nach oben nicht herangeführt werden kann, als mittelst eines äusseren Schnittes längs der Basis des Unterkiefers.

Für das Esmarch'sche Verfahren, nämlich behufs der Ausschneidung eines Stückes aus dem Unterkieferknochen, ist es offenbar nöthig, diesen in einer weit grösseren Strecke bloszulegen, und es kann dieses nur geschehen durch vorherige grössere Einschnitte von aussen her, welche natürlich sichtbare Narben hinterlassen. Die Richtung und Länge dieser Einschnitte ist abhängig von der Portion, die man aus dem Kieferknochen ausschneiden will, um die Pseudarthrose zu bilden, und es kann kommen, dass man den Einschnitt am Mundwinkel zu beginnen und längs dem unteren Rande des genannten Knochens bis vor den Masseter fortzuführen habe, während in einem anderen Falle man den Mundwinkel vielleicht unversehrt lassen kann. Jedenfalls hat man einen Hautlappen zu bilden, den man loslöst und von unten nach oben umschlägt, bis ein gehöriges Stück des Unterkiefers frei gelegt vor Augen kommt.

Was nun den zweiten Akt, nämlich die Sektion oder Resektion des Knochens, betrifft, so hat man sich dazu verschiedener Instrumente bedient: der Kettensäge, der Knochenzange, des Meissels und Hammers. Die Wahl des Instrumentes ist theils von den Umständen des Falles, theils auch von dem Belieben des Operateurs abhängig. Bei Kindern würde wohl im Allgemeinen wegen der geringeren Ausbildung des

Knochens die Knochenzange oder das Osteotom den Vorzug verdienen. Die Anwendung der Kettensäge hat in dem engen Raume ihre grossen Schwierigkeiten. Rizzoli gebrauchte eine Zange mit einem schneidenden und einem blattartigen Aste; letzteres schob er unter den unteren Rand des Unterkiefers herum und schützte diesen dadurch von unten und an seiner hinteren Fläche, während er den schneidenden Ast von oben nach unten wirken liess und auf diese Weise durch einen einzigen Druck den Knochen durchschnitt. Er hat natürlich zu diesem Zwecke eine eigenthümlich geformte Zange, die wir hier nicht weiter beschreiben wollen.

Die Ausschneidung nach Esmarch erfordert, wie sich denken lässt, zwei Durchschnitte des Knochens, wodurch die Operation natürlich verlängert wird. Ist der Knochen einmal durchschnitten, so ist es das hintere Fragment, von dem ein Stück abgenommen wird, dessen Form und Grösse je nach dem Falle verschieden ist. Was die Form betrifft, so hat man sich theils darauf beschränkt, ein fast viereckiges Stück wegzunehmen (Wilms, Esmarch, Marjolin), bald hat man, um die Möglichkeit der Wiederverwachsung der Knochenenden besser zu verhindern, den zweiten Schnitt so geführt, dass ein keilförmiges oder dreieckiges Stück, dessen Basis unten und dessen Spitze nach oben steht, hinweggenommen wurde (Bruns in Tübingen, Boinet, Wagner in Königsberg und Heath in Dublin). Was endlich die Länge der weggenommenen Portion betrifft, so variirte sie von 3 Linien bis $1^1/_2$ Zoll.

Fragen wir uns nun, welche von den beiden Operationen, die von Rizzoli oder die von Esmarch, die meisten Vortheile darbietet oder die besten Resultate geliefert hat, so kann eigentlich nur die Erfahrung Antwort geben, aber es lässt sich auch theoretisch ein Urtheil fällen.

„Schaut man," sagt Hr. Duplay, „lediglich auf die Leichtigkeit und Schnelligkeit der Ausführung, so verdient offenbar das Verfahren von Rizzoli vor dem von Esmarch den Vorzug, allein dieser Vorzug würde nur dann als ein wirklicher zu betrachten sein, wenn die Sicherheit des zu gewinnenden Resultates bei beiden Verfahrungsweisen minde-

stets gleich ist. Das Resultat, welches man gewinnen will, ist zuerst ein unmittelbares und dann ein definitives. Das unmittelbare Resultat ist das Auseinandertreten der beiden Knochenenden des Unterkiefers und die Möglichkeit, den Mund weit aufzumachen. Das Auseinanderstehen der beiden Knochenenden ist bei dem Esmarch'schen Verfahren, wo ein Stück ausgeschnitten ist, sogleich vorhanden, während beim Verfahren von Rizzoli diese Bedingung nicht gegeben ist und man nicht gleich begreift, wodurch das Auseinandertreten der beiden Knochenenden bewirkt wird; Rizzoli gibt an, dass gleich nach der einfachen Durchschneidung des Unterkieferknochens die beiden Fragmente um $^1/_2$ Zoll von einander weichen, und zwar in Folge des Druckes, den die Zunge ausübt, und der Thätigkeit der Muskeln der gesunden Seite. Was das Aufmachen des Mundes betrifft, so wird es gewöhnlich leicht, indessen scheint ein gewisser Grad von Steifigkeit im Gelenke und in den Muskeln der gesunden Seite bisweilen vorhanden zu sein, so dass eine gewisse Kraftanstrengung erfordert wird, um den Unterkiefer hinabzudrücken; es ist dieses in den zwei Fällen von Aubry (Dissertation von Mathé) beobachtet worden."

„Die Nachbehandlung nach der Operation erheischt die grösste Aufmerksamkeit von Seiten der Kunst; alle Anstrengungen müssen dahin gerichtet sein, die beiden Knochenenden auseinander zu halten und ihre Beweglichkeit zu begünstigen. Für diesen Zweck hat man zu verschiedenen Mitteln seine Zuflucht genommen. Man kann unmittelbar auf die Spalte zwischen den beiden Knochenenden einwirken, indem man einen fremden Körper einlegt, der sie mechanisch von einander trennt, und man hat auch wirklich in dieser Art Scharpiebäusche benutzt; Mialhe empfiehlt dazu Guttapercha, weil diese Substanz weniger reizen soll als ein anderer fremder Körper." Was wird aber dadurch gewonnen?

„Hat," fragt Hr. Duplay, „das Zwischenlegen eines fremden Körpers in die Knochenspalte einen Nutzen und ist es nöthig? Wir ersehen in der That aus einer grossen Zahl von Fällen, dass die Unterlassung desselben dem Resultate nicht geschadet hat, und Esterle bekämpft sogar dieses

Verfahren*), weil, wie er glaubt, ein fremder Körper die Eiterung und die Bildung zu starker Granulationen begünstigen würde, die dann zusammentreten und gerade zur Ablagerung von Knochenerde oder zur Bildung eines Kallus Anlass geben könnten. Wenn diese Einwendungen auch nicht unwahr sind, so glaube ich doch, dass man das genannte Mittel nicht verwerfen dürfe, sondern, dass es in manchen Fällen ganz gute Dienste leisten könne. Die Erfahrung allein muss dem Operateur an die Hand geben, was er zu thun habe, wenn er ein Bestreben der beiden Knochenenden zur knochigen Wiederverwachsung in diesem oder jenem Falle bemerkt. So kam Aubry einmal auf den Gedanken, die Fleischwärzchen geradezu mit dem Bistouri abzutragen, welche sich auf den Knochenflächen gebildet hatten. Mehr oder minder energische und wiederholte Kauterisationen könnten auf dieselbe Weise wirken."

Auch durch Hinabdrücken des beweglichen Fragmentes mittelst eines Holzkeiles oder eines Pfropfens, der zwischen die Zähne geschoben und daselbst einige Stunden täglich gelassen wird, kann das Auseinanderbleiben der Knochenenden unterhalten werden.

Alle diese Mittel werden aber für die Herstellung der Pseudarthrose viel weniger nützen, als die wiederholte Bewegung des Unterkiefers. Schon am Tage nach der Operation muss diese Bewegung begonnen werden. Anfangs muss man nur geringe Bewegung vornehmen, dann aber sie täglich verstärken, und sollte dabei zu viel Schmerz entstehen, so kann man, wie Langenbeck es gethan hat, den Operirten vorher chloroformiren. Es muss dieser auch dahin gebracht werden, selbst solche Bewegung vorzunehmen und sie so oft

---

*) „Die HHrn. Verneuil und Trélat geben den Rath, zur Sicherung des Isolirtbleibens der beiden Knochenenden einen Lappen der Schleimhaut zugleich mit dem Stücke des Periostes zu benutzen, um das eine dieser Knochenenden damit zu bedecken. Es wäre dieses in der That das beste Mittel für den Zweck und man müsste sich desselben, wo immer möglich, bedienen." Duplay.

als möglich zu wiederholen. Ist der Kranke erst im Stande, zu kauen, was gewöhnlich am vierten oder fünften Tage nach der Operation möglich wird, so muss man ihm während des Tages recht oft feste Nahrung in den Mund nehmen lassen, damit er eben dieses Geschäft recht häufig verrichte. Mit dem Reaktionsfieber nach der Operation hat man in der Regel wenig oder gar nichts zu thun, weil dasselbe, so wie Entzündung und Anschwellung, immer nur sehr gering gewesen sind. Hr. Duplay erwähnt nur noch die bisweilen nach der Operation eingetretene oberflächliche Nekrose der Schnittflächen des Knochens, welche aber aufhört, sobald einige kleine Knochensplitterchen sich ausgestossen haben.

Wann endlich eine Pseudarthrose zu Stande gekommen ist, woraus besteht sie? Wie ist ihre Struktur und welches ist der Mechanismus ihrer Bewegungen? Die Autoren geben uns darauf fast gar keine Antwort; die meisten begnügen sich mit der Angabe, dass das Auf- und Niedersteigen des Unterkiefers genügend wurde, dass das Kauen von festen und selbst harten Nahrungsstoffen gut von Statten ging und dass das Sprechen sich wieder herstellte.

„Zur Beurtheilung des Werthes der Operation von Esmarch und der von Rizzoli kommt es uns aber," bemerkt Hr. Duplay, „darauf an, zu wissen, wie bei jeder derselben die Pseudarthrose sich gestaltet und worin ihre Verschiedenheit besteht. Nach der Theorie müssen, wie Hr. Verneuil angibt, die an den Schnittflächen der Knochen sich bildenden Fleischwärzchen nach der Ausschneidung dahin streben, sich einander zu nähern, in einander überzugehen, und mit einander zu einem dehnbaren Gewebe zu verwachsen; es würde also dann das zu Stande gekommene falsche Gelenk in einer Art von fibrösem, mehr oder minder ausdehnbarem Kallus bestehen. In der That wird uns von Wilms in einem Falle, wo nach Esmarch die Pseudarthrose hergestellt worden, die Notiz überliefert, dass an Stelle des ausgeschnittenen Knochenstückes sich, in Folge der vorgenommenen Bewegungen des Kiefers, ein fibröses Gewebe erzeugte. Diese Zwischensubstanz zwischen den beiden Knochenenden ist von grösster Wichtigkeit

für den Erfolg der Operation, weil es möglicherweise sich verkürzen und verdichten und so mit der Zeit die erlangte Beweglichkeit des Unterkiefers wieder vermindern kann. Beim Verfahren von Rizzoli treten uns ganz andere Bedingungen entgegen; ein Substanzverlust des Knochens hat nicht stattgefunden, die Wunde ist viel geringer und die granulirenden Flächen sind beschränkt; es existirt hier also nicht das Bestreben, eine Zwischenknochenmasse oder einen fibrösen Kallus zu bilden, und sind erst die Knochenenden isolirt zur Vernarbung gekommen, so bilden sie, so zu sagen, ein Gelenk durch Kontiguität, von dem man nicht zu fürchten hat, dass es durch eine spätere Verkürzung des Zwischengewebes eine Beeinträchtigung erleiden werde. Zur Stütze dieses Satzes können wir einige Thatsachen anführen: In der ersten Beobachtung von Rizzoli wird gesagt, dass die beiden für sich vernarbten Knochenenden vermittelst eines ziemlich ausdehnbaren mukösen Gewebes neuer Bildung, welches, der normalen Schleimhaut ähnlich, den Unterkiefer äusserlich und innerlich an der Durchschnittsstelle überzog, in Berührung blieben. Dieses Gewebe dehnte sich während des Auseinanderweichens der Knochenenden genügend aus, um dem Unterkiefer dieselbe Bewegung zu gestatten als im Normalzustande. Ganz dasselbe wird vom zweiten Falle angegeben und Aubry berichtet uns, dass bei seinem ersten Operirten die beiden Knochenenden durch eine etwa 12 bis 15 Millimeter breite Brücke von fibrös-mukösem Gewebe zusammengehalten wurden, welches Gewebe ausdehnbar genug war, um die Bewegung des Unterkiefers zu gestatten. In dem Falle von Esterle war das neue Gelenk von einer Kapsel umgeben, welche weit genug war, um diese Bewegungen zuzulassen."

„Was hier angegeben ist, hat bis jetzt in den beobachteten Fällen, in denen die eine oder die andere Operation gemacht worden ist, nicht immer seine volle Bestätigung gefunden; jedenfalls aber lässt sich der praktische Schluss daraus entnehmen, dass, wo nach Esmarch ein Stück ausgeschnitten ist, man sehr lange bei Anwendung derjenigen mechanischen Mittel verbleiben müsse, die geeignet sind, eine nachfolgende

Retraktion der die Knochenenden verbindenden Substanz zu verhindern."

„Der Mechanismus des neuen Gelenkes," sagt Hr. Duplay weiter, „scheint auch noch ganz und gar nicht die Aufmerksamkeit der Autoren auf sich gezogen zu haben und wir wissen nicht, ob in dieser Beziehung die beiden Operationsmethoden Verschiedenheiten darbieten. Hr. Aubry studirte den Mechanismus der Bewegnungen des Unterkiefers bei seinen beiden Kranken, die nach Rizzoli operirt sind, und gibt Folgendes an: „Ausser dem Bogen, welchen der Unterkiefer bei seiner Bewegung beschreibt, wenn er sich senkt und hebt, und der um so grösser wird, je weiter ab von seiner Mitte er untersucht wird, sieht man auch, dass die Portion des Unterkiefers, welche frei ist, eine drehende Bewegung macht, von der ich keine bessere Idee geben kann, als wenn ich sie mit dem Hinabsteigen der Rippen beim Athmen vergleiche, welches Gerdy wieder mit dem Mechanismus des Bogengriffes, der sich an einem Eimer befindet, und woran, wenn man ihn ergreift, der Eimer sich hin und her bewegt, verglichen hat." Mathé sagt, dass er dieselben Bewegungen bei dem von Boinet nach Esmarch's Methode operirten Kranken konstatirt habe. Endlich hat Esterle konstatirt, dass nach der einfachen Durchschneidung das neue Gelenk eine doppelte Bewegung gestattete, vermöge welcher die bewegliche Portion des Unterkiefers sich senkte, aber auch zugleich mit seinem oberen Rande nach vorne und mit seinem unteren nach hinten sich drehte. Alles Dieses ist, wie man sieht, jedoch noch sehr unbestimmt; das wichtigste Moment ist und bleibt, dass die Bewegungen des Unterkiefers frei und mit ziemlicher Kraft geschehen können, um ein leichtes Kauen der festen Nahrungsstoffe und ein deutliches Sprechen zu ermöglichen, und hierin stimmen alle Autoren überein."

„Eine letzte Folge der Operation, welche zu untersuchen ist, ist die grössere oder geringere Beeinträchtigung der Regelmässigkeit und Symmetrie des Antlitzes. Gewährt in dieser Hinsicht die eine oder andere Operationsmethode grosse Verschiedenheiten? Theoretisch müsste die Ausschneidung eines Stückes des Unterkiefers an der anderen Seite eine im Ver-

hältnisse zu der Grösse des Substanzverlustes stehende Abweichung erzeugen; das Fragment der gesunden Seite, welches beweglich geworden ist, wird durch den Druck der Lippen und der Wangen nach der Mittellinie hingedrängt und strebt also, dem feststehenden Fragmente sich zu nähern; dieses Bestreben wird noch durch die Retraktion des Narbengewebes begünstigt, welches an der Pseudarthrose sich bildet. Die Folge davon muss sein, dass das Kinn sich hebt und sich senkt, und dass die Zahnbogen nicht genau sich treffen; die unteren Schneidezähne bleiben von den oberen entfernt und stellen sich hinter diesen und es tritt Unregelmässigkeit in der äusseren Symmetrie des Antlitzes und Unvollkommenheit des Kauens als Folge ein. Einige Thatsachen dienen zur Bestätigung dieser theoretischen Schlüsse. So sagt uns Esmarch, dass bei seinem Operirten das Ende des beweglichen Fragmentes gegen die innere Fläche der Lappen und gegen die Schnittfläche des hinteren Fragmentes hingezogen und an diesem Punkte fixirt wurde. Obgleich Esmarch nicht davon spricht, so muss dadurch doch eine geringe Deformität erzeugt worden sein. Langenbeck ist ausführlicher und sagt uns, dass bei einem seiner Operirten die Zähne nicht genau aufeinander trafen, sondern dass der beweglich gemachte Theil des Unterkiefers etwas nach der Seite des Substanzverlustes hingezogen wurde. Es lässt sich jedoch annehmen, dass diese Abweichung zum Theil während des Kauens sich ausgleicht, da dieser Akt nach Aussage der Autoren immer leicht und kräftig geschieht. Eine äussere Deformität ist wohl in gewissem Grade nach dem Esmarch'schen Verfahren immer vorhanden."

„Wie ist es aber damit nach der Methode von Rizzoli? Theoretisch müssen wir annehmen, dass die einfache Durchschneidung des Knochens in der gewohnten Gegend, nämlich in der Gegend der ersten Backenzähne, da hierbei der grösste Theil des Unterkieferbogens unverkürzt bleibt, die Symmetrie des Antlitzes gar nicht modifiziren werde; sollte das bewegliche Ende nach der Seite des Durchschnittes sich mehr hinneigen, so müssten beide Fragmente mit ihren Enden aufeinander reiten und wir haben in der kleinen Zahl von Fällen,

wo die Autoren in dieser Beziehung uns etwas Genaueres angegeben haben, gesehen, dass das nicht stattfindet, und dass die an einander stehenden beiden Knochenenden nur gegen einander gleiten oder sich von einander entfernen. Rizzoli sagt uns, dass die Schneidezähne bei den Bewegungen des Unterkiefers nach unten und nach oben sich treffen; in ganz genauer Berührung kommen sie jedoch nicht, aber das Kauen geschieht ganz gut. Esterle berichtet von seinem Operirten, dass die Bewegungen regelmässig geschahen und zwar ohne Zerrung und ohne sichtbare Abweichung, und Langenbeck bemerkt in einem Falle, dass die Zähne sich ganz genau trafen, nur waren die oberen Zähne durch die stattgehabte Anwendung von Holzkeilen etwas nach Innen gedrängt."

„Es geht aus dem Gesagten hervor, dass, wenn man die Verfahrungsweisen von Esmarch und Rizzoli in Betreff der anatomischen und physiologischen Bedingungen des neuen Gelenkes mit einander vergleicht, das Urtheil aus rein theoretischen Gründen und auch aus Erwägung einiger Thatsachen zu Gunsten der Methode des letztgenannten Chirurgen ausfällt, insoferne diese Methode in nicht wenigen Punkten sich besser zu gestalten scheint, als die des zuerst genannten Chirurgen. Dieses vorgefasste Urtheil kann aber nur durch die Erfahrung seine Bestätigung erlangen und wir bedürfen deren in noch weit grösserer Zahl, um über einige noch dunkle Punkte die nöthige Auskunft zu erlangen. Bis jetzt haben wir nur die glücklichen Erfolge erwähnt, aber hat nicht auch die einfachste Operation ihre Gefahren? Die, welche wir hier studiren, entgeht diesem allgemeinen Gesetze nicht und es ist Zeit, eine Statistik der glücklichen und der unglücklichen Erfolge herzustellen. In einer Zahl von 25 Fällen, die wir zusammengesucht haben, fanden wir 4 tödtlich abgelaufene, 5 mit Rezidiven und 16 gelungene. Nach Rizzoli's Methode finden wir darunter 13 und nach Esmarch's Methode 12 Fälle operirt; erstere geben uns 3 Todesfälle, 1 Rezidiv, und 9 Erfolge; letztere, nämlich die 12 nach Esmarch operirten Fälle, geben uns 1 Todesfall, 4 Rezidive und 7 Erfolge."

„Beim ersten Anblicke erscheinen diese Resultate ziemlich ermuthigend, besonders, wenn man bedenkt, dass es sich um Folgeübel handelt, die man bis dahin als unheilbar erkannt hat, allein man darf diese Zahlen doch nur mit grosser Vorsicht aufnehmen, und, um ein richtiges Urtheil sowohl über die Operation im Allgemeinen als über jede der beiden Verfahrungsweisen zu erlangen, muss man die Dinge etwas näher ins Auge fassen. Was zuvörderst die tödtlich abgelaufenen Fälle betrifft, so hat man, bevor man daraus einen Schluss auf die Bedeutung der Operation zieht, sich zuerst zu fragen, ob die Operation an sich die alleinige Ursache des Todes gewesen ist. In einem Falle des Hrn. Aubry starb die nach Rizzoli operirte Kranke fünf Wochen nach der Operation, als die Pseudarthrose schon ziemlich gut im Gange war, an einer interkurrenten Krankheit, nämlich an akuter Scharlachwassersucht. Ohne das zufällige Zwischentreten dieser Krankheit wäre der Erfolg der Operation höchst wahrscheinlich ein glücklicher gewesen. In den drei anderen Todesfällen fand Eiterinfektion Statt; und zwar ist einer nach Esmarch operirt worden (Heath), die beiden anderen nach Rizzoli (Rizzoli, Langenbeck). Es ist aber wohl zu bemerken, dass in den beiden letzteren Fällen zugleich mit der Durchschneidung des Knochens auch die Autoplastie der Wange vorgenommen worden ist, und dass die Folge dieser letzteren Operation, nämlich brandige Entzündung der Hautlappen, den tödtlichen Ausgang genügend erklären kann. Es bleibt demnach nur ein einziger Fall übrig, in welchem der Tod der Operation im Knochen selbst zugeschrieben werden kann, und in diesem einzigen Falle ist das Esmarch'sche Verfahren angewendet worden. Damit wollen wir aber nicht sagen, dass die Ausschneidung gefährlicher sei als die Durchschneidung, sondern wir wollen bloss damit zeigen, dass die Operation im Allgemeinen viel weniger bedenklich ist, als man im ersten Augenblicke nach jenen oben angegebenen Zahlen denken könne.“

„Ferner hat, wie wir gesehen haben, das Verfahren von Rizzoli nur einen Rückfall gegeben (Boinet), das von Esmarch dagegen vier (Bruns, Deguise, Marjolin und

Bauchet; s. Verhandlungen der chirurg. Gesellschaft in Paris vom Septbr. 1862 bis Juli 1863). Gehen wir in diese Fälle näher ein. In dem Falle von Boinet ist die Operation nach allen Regeln der Kunst gemacht worden und man kann die Rückkehr des Uebels nur der Unfolgsamkeit und Nachlässigkeit der Kranken zuschreiben, die es unterliess, die ihr vorgeschriebenen Bewegungen des Unterkiefers zu üben und einen Keil zwischen die Zähne zu bringen; dieselbe Kranke ist dann noch einmal durch Ausschneidung eines Stückes des Knochens operirt worden und zwar mit vollständigem Erfolge. Andererseits ist es in den meisten Fällen, wo die Resektiou nicht einen dauernden Erfolg gebracht hat, leicht, sich zu überzeugen, dass die Operation nicht genau nach den von Esmarch aufgestellten Grundsätzen, zu denen ganz besonders gehört, die Pseudarthrose vor den Verwachsungen zu bilden, gemacht worden ist. In der That ist in den drei erwähnten Fällen von Bruns, Deguise und Marjolin die Ausschneidung eines Stückes aus dem Unterkieferknochen gerade inmitten der Adhäsionen gemacht worden; hierbei aber war aller Grund zu der Besorgniss, dass das sich bildende Narbengewebe bald wieder Unbeweglichkeit zeigen werde. Der Fall von Bauchet entgeht diesem Tadel, da hier die Resektion wirklich vor den Adhäsionen gemacht worden ist, aber der Mangel an Erfolg lässt sich aus einer anderen Ursache erklären. Es wurde nämlich zu gleicher Zeit eine autoplastische Operation vorgenommen, um ein grosses Loch in der Wange zu schliessen; diese Operation hatte entzündliche Zufälle zur Folge, welche die Unterhaltung der Bewegungen des Unterkiefers nicht zuliessen und auf diese Weise der Herstellung der Pseudarthrose entgegen wirkten."

„Aus allen diesen Betrachtungen," sagt Hr. Duplay weiter," geht hervor, dass man aus der einfachen Betrachtung der Zahlen, wozu man versucht sein könnte, keinesweges den bestimmten Schluss ziehen dürfe, es führe das Esmarch'sche Verfahren mehr zu Rückfällen als das Rizzoli'sche. Die genaue Betrachtung der beobachteten Fälle und aller ihrer Einzelnheiten erweist uns, dass die meisten Bückfälle ihren Grund in einer mehr oder minder mangelhaften Ausführung der Me-

thode hat, und es ist alle Hoffnung vorhanden, dass die Zahl der Misserfolge sich vermindern werde, wenn die Chirurgen von den richtigen Grundsätzen, auf denen die Operation beruht und von den Regeln, von denen die Nachbehandlung geleitet sein muss, eine genaue Kenntniss gewonnen haben."

Die Kritik der geheilten Fälle, so weit sie bis dahin bekannt geworden sind, ist, wie Hr. Duplay richtig bemerkt, auch von Wichtigkeit. Wir haben im Ganzen 16 solche Fälle und davon kommen 9 auf die Methode von Rizzoli und 7 auf die von Esmarch. Aber sind diese Heilungen auch alle wirkliche gewesen? Haben die Erfolge, die erreicht worden sind, sich als dauernd erwiesen? Für eine gewisse Zahl wird uns darüber genügende Auskunft gegeben. Was zuvörderst die 9 Fälle betrifft, die nach dem Verfahren von Rizzoli operirt worden sind, so ist die erlangte Heilung konstatirt worden: nach 6, nach 5 und nach 3 Jahren (Rizzoli); nach 1 Jahr in zwei Fällen (Aubry und Langenbeck); nach 8 Monaten in zwei Fällen (Esterle und Grube) und nach 4 Monaten (Ditl)*). Mit Ausnahme eines Kranken (von Rizzoli operirt), bei dem noch etwas Anschwellung im Inneren des Mundes vorhanden war und der nur mit einiger Schwierigkeit zu sprechen vermochte, waren alle Uebrigen in einem ganz befriedigenden Zustande. „Wir meinen also," fügt Hr. Duplay hinzu, „dass man die Fälle von Rizzoli und die von Aubry und Langenbeck als ganz entschiedene Erfolge ansehen kann und höchstens für die drei letzten, wegen der Kürze der Zeit, die seit der Operation vergangen ist (8 und 4 Monate), in dieser Beziehung noch einigen Zweifel hegen kann, wogegen bei dem Operirten von Esterle (8 Monate nachher) und bei dem von Ditl (4 Monate nachher) sich durchaus keine Andeutung eines möglichen Rezidives kundthat; beide Autoren haben vielmehr konstatirt, dass

*) Nähere Auskunft gibt theils die Abhandlung von Verneuil und die erwähnte Dissertation von Mathé, so wie die theilweise in dieser Zeitschrift schon mitgetheilte Verhandlung aus den verschiedenen Sitzungen der chirurgischen Gesellschaft in Paris.

die Bewegungen des Unterkiefers immer besser und besser wurden. Von Grube erfahren wir aber, dass bei seinem Kranken 8 Monate nach der Operation die Kieferklemme sich gleich wieder einzustellen drohte, sobald man die passiven Bewegungen des Unterkiefers vernachlässigte und einen Holzkeil zwischen die Zähne einzuschieben unterliess. Es würde also hier später noch ein Rückfall zu befürchten sein, und zwar um so mehr, als hier, wie schon mitgetheilt worden ist, die Durchbrechung des Unterkieferknochens im aufsteigenden Aste desselben nach Dieffenbach gemacht worden und die Muskeln hier durch ihre Verkürzung gar leicht wieder das falsche Gelenk unbrauchbar machen können. Wenn wir aber auch, bis wir neue Nachricht empfangen haben, uns weigern, diese drei letzten Fälle als dauernde Heilungen anzusehen, so bleiben für das Verfahren von Rizzoli immer noch 6 Fälle übrig, in denen die Operation einen unzweifelhaft dauernden Erfolg geliefert hat, was immer ein glänzendes Resultat genannt werden muss."

Wie ist es nun in dieser Beziehung mit der Esmarch'schen Methode? Die 7 erlangten Heilungen sind konstatirt: nach 5 Jahren in zwei Fällen (Wilms und Esmarch); nach 18 Monaten (Langenbeck); nach 13 Monaten (Boinet); nach 1 Jahr (Heath); nach 10 Monaten (Wagener) und nach 3 Monaten (Langenbeck). In den meisten dieser Fälle ist Zeit genug vergangen, um alle Zweifel über die erlangte vollständige Heilung zu beseitigen, und selbst in dem Falle von Wagener, wo nach dem letzten Berichte nur 10 Monate nach der Operation der Zustand festgestellt worden ist, kann man als gewiss annehmen, dass der erlangte Erfolg sich behaupten werde, wenn man bedenkt, dass seit der Herstellung der Pseudarthrose eine autoplastische Operation gemacht worden ist, welche ganz erfolgreich gewesen und den Bewegungen des neuen Gelenkes durchaus keinen Eintrag gethan hat. Von dem zuletzt angeführten Langenbeck'schen Falle können wir das noch nicht sagen, da nach dem letzten Berichte erst drei Monate seit der Operation vergangen waren. Lassen wir diesen eben erwähnten Fall weg, so haben wir noch 6 ganz reelle Heilungen nach

dem Verfahren von Esmarch und es ergibt sich demnach zwischen dieser Methode und der von Rizzoli in Bezug auf die Erfolge keine bemerkenswerthe Verschiedenheit.

„Ein Umstand," sagt Hr. Duplay, „muss hier in Rechnung gebracht werden, der von grosser Wichtigkeit ist, der Umstand nämlich, dass die meisten der nach Esmarch's Methode Operirten einen mehr oder minder grossen Substanzverlust der Lippen oder der Wange hatten, während in einer grossen Zahl der Fälle, wo nach der Methode von Rizzoli operirt worden ist, diese Komplikation nicht dargeboten wurde. Man hat sich also mit Recht befragt, ob die einfache Durchschneidung des Knochens, wie sie Rizzoli ausführt, nicht in diesen komplizirteren Fällen ohne Erfolg geblieben wäre, und ob man nicht zu dem Schlusse kommen müsste, dass die Methode von Rizzoli nur für die einfacheren Fälle passe, die Methode von Esmarch aber da zu befolgen sei, wo zugleich mit der Kieferklemme Substanzverlust in Wange oder Lippen verbunden ist. Diese Frage aber tritt uns nicht mehr so scharf entgegen, seitdem wir sehr komplizirte Fälle kennen (Aubry, Esterle, Ditl), in denen die einfache Durchschneidung vollkommen gelungen ist, und es müssen demnach, wie wir schon gesehen haben, noch andere Gründe herbeigezogen werden, um festzustellen, welcher der beiden Methoden der Vorzug zu geben sei."

Wir führen nur noch die Schlüsse an, die Hr. Duplay seiner Abhandlung hinzufügt:

1) Die Operation, welche darauf hinzielt, in der Kontinuität des Unterkiefers eine Pseudarthrose zu erzeugen, hat sowohl nach den Prinzipien von Esmarch als nach denen von Rizzoli hübsche Resultate genug geliefert, um sie jedesmal da eintreten zu lassen, wo sie indizirt erscheint. An sich nicht bedeutend, ist sie nicht mit grösseren Gefahren verknüpft als viele andere Operationen, für deren Erfolg man auch nicht stehen kann, wenn es sich darum handelt, eine permanente Kieferklemme zu beseitigen, während der Erfolg bei jener viel dauernder und sicherer gewesen ist, als bei letzteren.

2) Die Operation, von der hier die Rede ist, ist formell

indizirt, wenn die Kieferklemme von einer wirklichen und knochigen Anchylose des Kiefergelenkes verursacht ist, oder wenn sie durch feste, widerstrebende, tiefliegende Adhäsionen bewirkt wird, welche den grössten Theil der Mundschleimhaut an einer Seite einnehmen und gleich unnachgiebigen Brücken die beiden Kiefer aneinander fesseln. Die Operation passt auch dann, aber nur, nachdem alle übrigen Mittel vergeblich versucht worden sind, wenn die Kieferklemme von einer falschen Anchylose, von Muskelverkürzungen oder von weichem, ausdehnbarem, im vorderen Theile der Mundhöhle belegenem und beschränktem Narbengebilde herrührt.

3) Wenn zugleich ein Substanzverlust der Wange besteht, darf die Autoplastie niemals in derselben Zeit und in demselben Akte mit der Sektion oder Resektion des Unterkieferknochens vorgenommen werden.

4) Ist der Grund der Kieferklemme eine Narbenmasse, die zur Herstellung eines falschen Gelenkes nöthig, so muss dieses immer vor den Adhäsionen gemacht werden, und handelt es sich um eine wahre oder falsche Anchylose des Kiefergelenkes, so darf die Pseudarthrose nicht in dem aufsteigenden, sondern in dem horizontalen Aste des Unterkieferknochens und zwar vor dem vorderen Rande des Masseters angelegt werden.

5) Die Methode von Rizzoli oder die einfache Durchschneidung des Unterkieferknochens scheint in den meisten Fällen den Vorzug zu verdienen. Sie bietet gegen die Methode von Esmarch den Vortheil, dass sie leichter und schneller auszuführen ist und keinen merklichen Eingriff in die Regelmässigkeit und Symmetrie des Antlitzes setzt. Endlich darf, obwohl die bisher gewonnenen Resultate der beiden Methoden ziemlich gleich sich zeigen, aus theoretischen Gründen und einigen Thatsachen geschlossen werden, dass die Methode von Esmarch mehr zu Rückfällen Anlass gewährt als die Methode von Rizzoli.

6) Der Erfolg der Operation ist hauptsächlich abhängig von der Leitung der Nachbehandlung. Der Operateur muss den Zustand des neugebildeten Gelenkes sorgfältig überwachen und durch alle Mittel dahin streben, das Aneinandertreten

und das steife Wiederverwachsen der beiden Knochenenden wieder zu verhindern, und zwar durch Zwischenlegen eines fremden Körpers, oder durch Abtragung der Granulationen, oder durch kräftiges Niederdrücken des beweglichen Theiles des Unterkiefers mittelst eines zwischen die Zähne gebrachten und dort einige Tage gelassenen Holzkeiles. Endlich muss der Operateur dafür sorgen, dass schon am Tage nach der Operation mit dem Unterkiefer Anfangs leichtere und dann stärkere Bewegungen vorgenommen werden, und dass, sowie der Kranke kauen kann, er zur Uebung dieser Funktion nur feste Nahrung erhalte.

Beobachtungen über Krup im Herzogthum Nassau. Ein Beitrag zur Epidemiologie. Nach den Akten bearbeitet von Dr. J. B. von Franque.

Die vorliegenden Beobachtungen erstrecken sich über die Jahre 1820—1862, und zwar nicht nur auf den beschränkten Raum, den ein Arzt in seiner Thätigkeit übersehen kann, sondern über das ganze Herzogthum Nassau; dieselben sind sowohl wegen des ungemein reichhaltigen Materiales von grossem Interesse, als auch für die Geschichte des Krups — sein Auftreten, seine Verbreitung, seine Ausgänge — im Allgemeinen von zu grossem Werthe, als dass wir sie in den nicht sehr weit verbreiteten medizinischen Jahrbüchern für das Herzogthum Nassau (Heft 21, 1864) sollten begraben liegen lassen, wir glauben vielmehr, durch eingehendere Mittheilungen in diesem Journale zum allgemeineren Bekanntwerden derselben beitragen zu sollen.

Wenn wir zunächst das Gesammtresultat dieser umfangreichen Beobachtungen betrachten, um daran dann einzelne Mittheilungen von besonderem Interesse anzuknüpfen, so ergibt sich aus der folgenden nach den Jahren geordneten Uebersicht, dass der Krup seit 1821 nicht allein alljährlich seine Opfer gefordert, sondern auch in den letzten 3 Dezennien an Ausdehnung und Gefährlichkeit fortschreitend gewonnen hat.

Jahr	Erkrankt	Gestorben	Bemerkungen.
1821	12	5	
1822	35	16	Epidemie in Dillenburg und Haiger.
1823	30	18	
1824	10	3	
1825	22	7	
1826	38	10	
1827	26	11	
1828	50	3	
1829	29	7	
1830	31	10	
1831	15	5	
1832	65	28	
1833	56	29	
1834	185	69	Epidemie in Schönbach, Idstein, Niederselters; überhaupt häufig in allen Bezirken.
1835	157	51	Epidemie in Driedorf.
1836	66	21	
1837	61	15	
1838	67	23	
1839	91	17	
1840	146	41	Epidemie in Grenzhausen und Wambach.
1841	131	29	Epidemie in Limburg.
1842	167	38	
1843	195	43	
1844	16	48	Epidemie in Allendorf.
1845	193	61	
1846	237	90	Epidemie in Lorch, Kirberg, Lorchhausen.
1847	254	98	Epidemie in Westerburg, Gemünden, Lorsbach.
1848	262	76	Epidemie in Steinbach und Hofheim.
1849	231	65	Epidemie in Hofheim.
1850	252	76	
1851	188	37	
1852	308	102	Epidemie in Kelsterbach.
1853	278	86	Epidemie in Soden.
1854	380	75	Epidemie in Hochheim, Oberursel, Eppstein.
1855	418	105	Epidemie in Niederlahnstein und Bettershain.

Jahr	Erkrankt	Gestorben	Bemerkungen.
1856	381	129	Epidemie in Heferskirchen, Grenzhausen, Limburg und Niederlahnstein.
1857	469	157	Epidemie in Merzhausen, Westerfeld, Schwalbach, Weisel und Lorchhausen.
1858	294	94	Epidemie in Langenbach.
1859	496	106	Epidemie in Wehen, Steeten, Obertiefenbach, Breitscheid, Driedorf, Horhausen, Herschbach.
1860	309	88	Epidemie in Hallgarten.
1861	353	59	
1862	227	56	
Summe:	7275	2107	

Die Ursachen dieser fortschreitenden Zunahme liegt wohl hauptsächlich in dem gleichzeitigen Auftreten anderer Epidemieen, welche eine grössere Disposition zu Laryngeal- und Trachealkrankheiten bedingt haben; in dieser Beziehung sind besonders die Grippepidemieen zu erwähnen. Es ist Thatsache, dass der Krup seit dem ersten Auftreten der Grippe im Jahre 1831 und deren Wiederkehr in den Jahren 1833, 34, 37, 41, 44, 45, $18^{47}/_{48}$, 51 und $18^{56}/_{57}$ fortschreitend häufiger geworden ist. Ebenso scheint auch in dem letzten Dezennium das häufigere Auftreten der akuten Exantheme, der Masern und des Scharlachs, so wie des Keuchhustens, auf der grösseren Verbreitung des Krups nicht ohne Einfluss geblieben zu sein. Die häufigen Krupepidemieen, welche seit 1834 und insbesondere in den zwei letzten Dezennien beobachtet wurden, verdienen in dieser Beziehung besonders hervorgehoben zu werden.

Die vorstehende Uebersicht weist 7275 Krankheits- und 2107 Todesfälle nach. Hiernach berechnet sich die durchschnittliche Mortalität auf 28,96%. Dass dieses Mortalitätsverhältniss, je nach der Intensität der Krankheit, häufig und bedeutend überschritten wird, folgt leicht aus der gegebenen Uebersicht. Um dies jedoch näher nachzuweisen, sollen noch

einige Epidemieen besonders berücksichtigt werden. In der Epidemie zu Idstein 1834 starben von 21 Kranken 14, Mortalität 62%; Epidemie in Niederselters (1834) 17 Kranke, 11 Gestorbene, Mortalität 64,1%; Epidemie in Lorch (1846) 25 Erkrankte, 15 Gest., Mort. 60%; Epid. in Kelsterbach (1852) 45 Erkrank., 11 Gest., Mort. 22,22%; Epid. in Niederlahnstein (1855) 22 Erkr., 15 Gest., Mort. 68,1%; Epid. in Merzhausen (1857) 17 Erk., 10 Gest., Mort. 58,82%.

Bezüglich des Einflusses der Jahreszeiten auf das Auftreten der häutigen Bräune ergibt die folgende Uebersicht, dass von 4803 Kindern erkrankt und von 1097 gestorben sind im

	Januar.	Februar.	März.	April.	Mai.	Juni.	Juli.	August.	Septbr.	Oktober.	Novbr.	Dezbr.	Summe.
Erkrankt	673	558	621	383	326	220	204	201	265	290	522	537	4803
Gestorb.	156	117	143	71	59	51	42	42	69	76	112	175	1097

Hiernach kommen die meisten Krupfälle im ersten und letzten Jahresviertel vor, wodurch die allgemein angenommene Ansicht, dass der Krup vorzugsweise durch Erkältung, besonders durch den Einfluss herrschender Nord- und Nord-Ost-Winde, veranlasst werde, bestätigt wird; indessen muss doch darauf aufmerksam gemacht werden, dass der Anfang der Krupepidemieen keineswegs immer mit der kälteren Jahreszeit zusammentrifft; es scheinen daher noch andere unbekannte Einflüsse dabei wirksam zu sein. So dauerte die Epidemie in Idstein vom Dezember bis April, jene in Niederselters von August bis September, die Epidemieen in Lorch, Hofheim, Niederlahnstein von August bis Dezember, jene in Kelsterbach von Dezember bis Februar und in Merzenhausen von September bis Dezember.

Das Alter der am Krup Erkrankten und Gestorbenen anlangend, so ist dasselbe von 1834 Erkrankten und 882 Gestorbenen in den Berichten angegeben, welche im folgenden Lebensalter standen:

	0—1 Jahr	1—5 Jahre	6—10 Jahre	11—14 Jahre	Summe
Erkrankt	83	1274	400	77	1834
Gestorben	57	676	131	13	882

Von den 882 Gestorbenen standen in dem Lebensjahre

von	0—1	1—2	2—3	3—4	4—5	5—6	6—7	7—8	8—9	9—10
	62	136	158	155	133	78	56	33	21	8

10—11	11—12	12—13	13—14
9	10	3	3

Wennn auch der Krup eine fast ausschliessliche Krankheit des kindlichen Alters ist, welche, wie die vorstehende Uebersicht nachweist, vorzugsweise Kinder von 1—5 Jahren ergreift, so fehlt es doch nicht an Beobachtungen, dass auch ältere Personen davon betroffen werden. Die Berichte führen 8 Fälle dieser Art an: 3 Personen männlichen Geschlechtes von 16, 32 und 36 Jahren, und 5 Personen weiblichen Geschlechtes von 16, 21, 30, 32 und 38 Jahren; hiervon sind gestorben ein Bursche von 16, ein Mann von 36, ein Mädchen von 16 und eine Frau von 38 Jahren.

Die allgemein bekannte Erfahrung, dass Knaben häufiger als Mädchen von Krup befallen und getödtet werden, wird durch die mitgetheilten Beobachtungen ebenfalls bestätigt. Unter 219 Krupkranken, deren Geschlecht in den Berichten angemerkt ist, waren 138 Knaben und 81 Mädchen und unter 85 Gestorbenen 57 Knaben und 28 Mädchen. Dass eine gewisse erbliche Familiendisposition zu dieser Krankheit bestehe, scheint ebenfalls nach den mitgetheilten Beobachtungen unzweifelhaft.

Bezüglich der Frage, ob der Krup kontagiös sei, geben die mitgetheilten Facta keine entscheidenden Thatsachen an die Hand. Es steht wohl ausser Zweifel, dass der sporadisch erscheinende Krup nicht kontagiös ist. Ob aber bei dem epidemischen Auftreten dieser Krankheit nicht auch Ansteckung zur Verbreitung derselben beitragen könne, diese Frage muss weiteren genaueren Beobachtungen überlassen bleiben. Dagegen steht es wohl nach den in der Gemeinde Obertiefen-

bach (1859) gemachten Erfahrungen ausser Zweifel, dass die diphtheritische Rachenentzündung durch Ansteckung sich weiter verbreiten kann.

Wirft man einen Blick auf die Therapie, die von den einzelnen Berichterstattern gegen den Krup in Anwendung gezogen wurde, so geht daraus hervor, dass man zur Bekämpfung dieser verhängnissvollen Kinderkrankheit zu verschiedenen inneren und äusseren Mitteln gegriffen hat; dass die in früheren Dezennien so nachdrücklich empfohlene strenge Antiphlogose und der Gebrauch des Kalomels mehr beschränkt, dagegen die Brechmittel in grösserer Ausdehnung angewendet wurden. Von den vielseitig empfohlenen sogenannten Spezifica ist keines bewährt gefunden worden und nur der Med.-Rath Dr. Pingler empfiehlt sein hydriatisches Verfahren als unfehlbar. Welchen Standpunkt derselbe aber einnimmt, mag daraus geschlossen werden, dass er in einer Krankengeschichte schreibt: „das hydriatische Verfahren versetzt den Krankheitsprozess auf die äussere Haut und hält das Fieber dermassen in Schranken, dass eine Exazerbation nicht möglich ist;“ und was er von der ärztlichen Thätigkeit überhaupt denkt und nach welchen Regeln er verfahren zu müssen glaubt, spricht er bei einem anderen Falle, der ungünstig zu verlaufen schien und bei welchem die Angehörigen des Kranken das Wasserheilverfahren verlangten, deutlich genug aus, indem er schreibt: „die grosse Gefahr des Kranken und der Umstand, dass ich noch keinen Krupkranken in Königstein verloren hatte, flössten mir eine grosse Abneigung gegen die Operation — das Wasserheilverfahren nämlich — ein.“

Die Tracheotomie wurde in 32 Fällen vollzogen, von denen jedoch nur 2 einen glücklichen Erfolg hatten. Die Ursache dieses ungünstigen Resultates liegt wohl nicht an dem operativen Eingriffe an sich, vielmehr nur in der Natur der Krankheit, welche denselben indizirt. Es wird dies durch die viel glücklicheren Erfolge dieser Operation bei fremden Körpern in den Luftwegen bestätigt. Nach Entfernung des fremden Körpers ist in der Regel alle Gefahr beseitigt, die Luftröhrenwunde heilt leicht und sicher. Anders verhält es sich dagegen beim Krup. Gelingt es auch durch die glück-

lich ausgeführte Tracheotomie, die Athemnoth der Kinder vorübergehend zu beseitigen, so schreitet in den meisten Fällen der örtliche und allgemeine Krankheitsprozess dennoch fort und führt unaufhaltsam zum Tode. Ueberdies bleibt es immer schwer, die Grenze zu ziehen, wenn man von anderen Mitteln nichts mehr zu erwarten habe und der operative Eingriff als letztes Mittel eintreten müsse. Namentlich wird man in der Privatpraxis erst dann zu dieser Operation schreiten, wenn alle anderen Mittel erschöpft sind und alsdann der Zeitpunkt für einen glücklichen Erfolg vielleicht schon abgelaufen ist. Ueberhaupt stehen dieser Operation in der Privatpraxis und namentlich in der Landpraxis besondere und andere Schwierigkeiten und Bedenken entgegen, als in der Spitalpraxis, wo der Arzt freier handeln kann.

Aus den vielen lehrreichen Krankengeschichten möchte ich folgende kurz hervorheben.

Aus dem Jahre 1847 berichtet Dr. Gallo gelegentlich des Auftretens des Krups: „In derselben Zeit trat auch Angina diphtheritica bei einem 32jährigen Manne auf, der bereits seit 8 Tagen an trockenem Husten, zuweilen mit etwas Blutauswurf, Schmerz beim Schlingen, Durst und belegter Zunge gelitten hatte. Als ich ihn sah, konnte er nur unvollkommen, mit näselnder Sprache, reden, während dieses am Tage vorher ganz unmöglich war; der Rachen war mit einem zähen dicken Schleime in Masse angefüllt, erysipelatös geröthet, stellenweise mit diphtheritischer rahmartiger Membran überzogen, von der bereits mit dem Husten einige Stücke mit Blut ausgeworfen worden waren; die Zunge war trocken, Schlingen und Athmen beschwerlich; der Puls gereizt, nicht hart, überhaupt sprach sich deutlich ein typhöser Zustand aus, indem der Kranke auch des Nachts delirirte. Unter einer roborirend adstringirenden Behandlung, China mit Säuren, örtlich Betupfen mit Säuren, besserte sich der Zustand, die Kräfte nahmen zu, das Schlingen wurde leichter, die Pseudomembranen erzeugten sich nur noch in geringem Grade, die Sprache besserte sich; trotzdem traten nach 16 Tagen vom Beginne der Krankheit ohne bekannte Ursache plötzlich Delirien ein und baldiger Tod.“ —

Med.-Accessirt Jäger in Herborn schreibt im Jahre 1842: „Zwei Fälle von Angina membran. beobachtete ich im Monate Dezember bei 2 Geschwistern, einem Knaben von 6 und einem Mädchen von 4 Jahren. Der Knabe starb am 6. Tage der Krankheit. Acht Tage später wurde ich bei dem ersten bedenklichen Husten zu dem Mädchen gerufen. Durch Blutegel, Brechmittel und Kalomel wurde die Bräune nach 24 Stunden beseitigt, das Befinden der kleinen Patientin war hierauf die 2 folgenden Tage ganz befriedigend und dessen alsbaldige völlige Wiedergenesung zu erwarten. Diese Hoffnung wurde indessen alsbald zu nichte, indem sich am 6. Tage nach Beseitigung der Bräune Erscheinungen von Noma einstellten und dabei die Blasenpflasterstelle auf der Brust, welche durch Ungt. sabinae in Eiterung erhalten worden war, einen brandigen Charakter annahm. Die oberen und unteren Extremitäten fühlten sich kalt an, der Puls sank und häufige Blutungen stellten sich aus Mund und Nase ein; die Geschwüre gewannen von Stunde zu Stunde an Ausdehnung, die Blasenpflasterstelle war nach oben bis in die Achselhöhle, in welcher mehrere Drüsen bedeutend angeschwollen, nach unten bis zur Hälfte des Unterleibes blaureth gefärbt. Am zweiten Tage zeigten sich beim Stuhlgange blutige Massen und wiederholten sich diese Entleerungen häufig, Petechien zeigten sich hier und da auf der Haut, bis am 3. Tage das Kind unter beständigen Blutungen aus Mund und Nase starb."

„Die Erscheinungen von Noma traten auch 14 Tage später bei einem $3^1/_2$jährigen Mädchen auf, das an Entzündung des Gehirnes gelitten, und führten ebenfalls einen tödtlichen Ausgang herbei. Es hatte dieses Kind 6 Tage lang in einem soporösen Zustande, aus dem es gar nicht zu erwecken war, gelegen. Beständiges Erbrechen, Stuhlverstopfung, öfters eingetretene Krämpfe stellten in Verbindung mit dem soporösen Zustande die Diagnose ausser Zweifel. Aller Erwartung zuwider trat am 9. Tage Besserung ein, doch kam es nach mehreren Tagen zu Geschwüren im Munde, Blutungen aus denselben, Petechien. Bei dem Beginne der Krankheit war ein Blasenpflaster auf die Brust gelegt worden, die aufgezo-

gene Stelle nahm nun einen brandigen Charakter an. — Das Kind starb nach 4 Tagen unter heftigen Blutungen.“

„Eine eigenthümliche Therapie wird von Med.-Rath Dr. Göbell in Anwendung gebracht; er liess in einem sehr schweren Falle bei einem 2jährigen Knaben 2mal Blutegel an den Hals setzen; da nichtsdestoweniger die Krupsymptome fortdauerten, so liess ich Brechweinsteinsalbe in die Blutegelbisse bis zum Erscheinen kleiner Pusteln einreiben, um eine schnelle Ableitung zu bewirken. Als die Pusteln sich entwickelten, minderten sich die Zufälle augenblicklich und der Knabe wurde gerettet. Der Schmerz, welcher durch die Einreibung der Stibiatsalbe entstand, verdiente keine Beachtung und es heilten die Geschwürchen sehr bald durch Verband mit Ceratsalbe.“

Der gründliche und eingehende Bericht des Med.-Accesisten Heuser über die epidemische Diphtheritis in Obertiefenbach verdient eine besondere Beachtung.

Die exsudative Rachenaffektion „Angina crouposa et diphtheritica“ kam auch dieses Semester (1860) zur Behandlung. Sämmtliche von mir behandelte Fälle, die, mit Ausnahme von 5, auf Obertiefenbach kamen, stelle ich hier tabellarisch zusammen und füge die einfach katarrhalischen Rachenentzündungen, so wie die katarrhalischen Larynxaffektionen, welche gleichzeitig zur Behandlung kamen, bei, wodurch ersichtlich wird, dass eine grosse Neigung zu entzündlichen Krankheiten der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut vorhanden war. Schliesslich will ich noch auf die zahlreichen Brustkatarrhe (59 Fälle) und die Stomatitis ulcerosa (5 Fälle) aufmerksam machen, welche im letzten Sommer vorkamen.

Krankheit.	April.	Mai.	Juni.	Juli.	August.	Septbr.	Oktober.	Novbr.	Dezbr.	Januar.	Februar.	März.	April.	Mai.	Juni.
1) Pharyng. cat.	6	2	—	5	2	1	3	7	—	3	5	—	4	2	2
2) Krup et Diphth.	—	2	2	12	9	2	—	7	4	4	3	1	3	3	1
3) Laryng. cat.	—	—	—	3	1	3	—	—	2	2	—	—	2	—	3

	Summe.	Männlich.	Weiblich.
ad 1	42	24	18
ad 2	53	27	26
ad 3	16	12	4

	Alter der Erkrankten.							Gestorben.		
	0—3	7	—15	—25	—35	—50	—60	Summe.	Männl.	Weibl.
ad 1	10	7	12	6	4	2	1	—	—	—
ad 2	13	20	16	3	1	—	—	9	5	4
ad 3	7	6	1	—	—	1	1	—	—	—

Es erkrankten im Ganzen an exsudativer Rachenentzündung vom Mai 1859 bis 1860 53 Personen. Davon waren 27 männlichen, 26 weiblichen Geschlechtes, fast ausschliesslich Kinder vom 4. bis zum 10. Lebensjahre. Vier Fälle betrafen Frauen von 20—28 Jahren. Die grösste Zahl der Erkrankungen fiel in die Monate Juli, August und November. In der Sterblichkeit ergab sich in dem Geschlechte keine Differenz. Es starben 5 Knaben und 4 Mädchen. Von den Erwachsenen starb Niemand. Von den 9 Todesfällen kamen 7 auf Kinder unter 7 Jahren.

Die Diagnose gründete sich auf die Ergebnisse der Racheninspektion und unter der Rubrik Angina croup. et diphther. sind nur jene Fälle verzeichnet, bei welchen es zur sichtbaren Exsudation gekommen war, während selbst heftige fieberhafte Entzündungen der Mandeln und Rachenschleimhaut, die in ihrem ersten Auftreten dieselben Erscheinungen boten wie jene, ohne dass es später zu pseudomembranösen Auflagerungen kam, in die Rubrik Pharyngitis catarrhalis gesetzt wurden. Unter Laryngitis catarrhalis sind dagegen jene Fälle verzeichnet, bei welchen die Erscheinungen

von Seiten des Kehlkopfes, heisere Stimme, bellender Husten vorwaltend waren, welche jedoch rasch zurückgingen; während in der ganzen Zeit nur ein Fall von deutlich ausgesprochenem Kehlkopfkrup zur Behandlung kam.

Eine strikte Trennung zwischen den krupösen Formen bei welchen das Exsudat auf die freie Fläche der Schleimhaut abgelagert war und oft als zusammenhängende membranartige Gerinnsel entfernt werden konnte, ohne dass man einen Substanzverlust an der Schleimhaut gewahrte, und den diphtheritischen Formen, bei welchen das Exsudat in das Gewebe der Schleimhaut gebettet war, liess sich am Krankenbette nicht durchführen, da beide Formen nicht selten nebeneinander bestanden, in anderen Fällen sich die diphtheritische Form aus der krupösen entwickelte. Vorwaltend waren die Mandeln Sitz der diphtheritischen Form, während die krupöse mehr am Gaumensegel, der Rachen- und Nasenschleimhaut getroffen wurde. Der Befund war folgender: Im Beginne sah man die Schleimhaut stark geröthet und geschwellt, bald meist schon nach 12 bis 24 Stunden einzelne Stellen auf derselben mit einem leichten, weissen, rahmartigen Anfluge bedeckt. Dieser nahm rasch an Dicke und Konsistenz zu und wurde gelblich von Farbe. Er liess sich leicht mit der Pinzette abheben, wobei die entsprechende Stelle nur selten etwas blutete. Innerhalb 12 bis 24 Stunden zeigte sich ein neuer Beleg, der durch beigemengtes Blut oft missfarbig, schmutziggrau aussah. Diese Neubildung wiederholte sich oft vier- bis sechsmal. Die späteren Exsudate hafteten meist fester, waren von einem rothen Saume umgränzt und bei ihrer Entfernung blutete die unterliegende Schleimhautfläche. Erfolgte Heilung, so sah man, dass das neugebildete Exsudat nicht mehr so massenhaft war und allmählig von seinen Rändern aus schwand. In einzelnen Fällen entstand ein seichtes Geschwür an der Stelle, welches jedoch ohne sichtbare Narbe heilte.

Ein anderer Ausgang war folgender: Das neu gebildete Exsudat adhärirte fester, liess sich nicht in membranartigen Fetzen abheben, zeigte eine zerklüftete, zottige Oberfläche und verbreitete einen üblen Geruch. Seine Abstossung zog

sich in die Länge, erfolgte successive und war zuweilen mit intercurrirenden Blutungen verbunden. Es blieb ein sinuöses Geschwür zurück, das öfters speckigen Grund zeigte und stets mit Hinterlassung einer Narbe heilte.

Dieser Verlauf, welchen ich als einen Uebergang der krupösen Form in die diphtheritische bezeichne, wurde am häufigsten an den Mandeln beobachtet, wo letztere auch primär auftrat. Die grösste Prominenz der Mandeln war meist der Ausgangspunkt; die Schwellung der Drüsen oft beträchtlich, meist schon äusserlich durch die Schwellung am Winkel des Unterkiefers und das Gefühl zu erkennen.

In einzelnen Fällen sah man im Beginne auf den gerötheten und geschwollenen Mandeln kleine erbsengrosse, gelblich durchscheinende Stellen, wahrscheinlich ausgedehnte Follikeln, die durch Berstung zur Bildung von kraterförmigen Geschwüren führten. Durch das Zusammenfliessen mehrerer solcher Geschwüre kam es zu ausgedehnter Zerstörung der Mandeln. Die Geschwürfläche, die im Beginne von nekrotischem Gewebe gebildet war, das oft in grösseren Fetzen in die Rachenhöhle ragte, reinigte sich später durch Abstossung des Brandigen. In einem Falle wurde das Gaumensegel durch Narbenkontraktion auf die Seite verzogen.

Während die diphtheritische Form meist auf die Mandeln beschränkt war, zeigte sich die krupöse am massenhaftesten an der Uvula, die oft in eine dicke Exsudatkapsel eingehüllt war. An der hinteren Rachenwand wurde nur zweimal das Exsudat beobachtet, häufiger ein krupöser Anflug der Nasenschleimhaut. In einem Falle, dem einzigen, bei welchem der Tod durch Suffokation erfolgt war, fand sich bei der Sektion ausser der Zerstörung der Mandeln die innere Fläche des Kehldeckels mit abstreifbarem Exsudate bedeckt, im Kehlkopfe und der Trachea selber bloss Schwellung und Röthung der Schleimhaut. Zur Annahme, dass das Exsudat im Kehlkopfe seinen Sitz hatte, berechtigte ein Fall, bei welchem Heiserkeit und Schmerz in der Gegend des Kehlkopfes, Stimmlosigkeit mit suffokatorischen Anfällen vorhanden war, und auf die Anwendung eines Brechmittels ein Exsudatfetzen von $^1/_2$" Länge ausgestossen wurde mit sofortigem Nachlasse der Athemnoth.

Eine Wunde auf der Wange einer Patientin von 5 Jahren, die bereits einige Tage vor Beginn ihrer Rachenentzündung vorhanden war, nahm während der Krankheit eine üble Beschaffenheit an, indem die Wundfläche einen grauen Beleg zeigte und brandige Zerstörung der Umgebung eintrat. Auch die Stellen, auf denen Blasenpflaster gelegen, zeigten einige Male speckigen Beleg und zog sich ihre Heilung sehr in die Länge.

Die Erscheinungen, unter welchen sich die Krankheit manifestirte, waren verschieden, und lässt sich im Allgemeinen ein doppeltes Krankheitsbild aufstellen. Gewöhnlich begann die Krankheit mit heftigen Allgemeinerscheinungen. Ohne vorausgegangenes Unwohlsein trat heftiges Fieber, heisse Haut, grosse Pulsbeschleunigung und Unruhe ein. Manche Kinder mussten häufig erbrechen, andere bekamen Konvulsionen und delirirten. Diese Zeichen der Erregung liessen, mit Ausnahme des Fiebers, meistens nach 12 bis 24 Stunden nach und die Kinder zeigten Müdigkeit und Schläfrigkeit; die anfangs geröthete Rachenschleimhaut zeigte jetzt schon den rahmähnlichen Anflug. Die Kinder speichelten stark, klagten über Schmerz im Halse; die Mandelgegend war äusserlich geschwellt, die Sprache wurde näselnd und besonders schien die Aussprache des Buchstabens r schwierig und schmerzhaft zu sein. Auch die Schlingbewegungen waren schmerzhaft und wurde die Nahrung zurückgewiesen. Die Schlingbeschwerden standen jedoch keineswegs in geradem Verhältnisse zu der Exsudation und waren dieselben bei vorhandenen Geschwüren oft unbedeutend, bei leichtem krupösem Anfluge, verbunden mit starker Lockerung der Schleimhaut, dagegen sehr heftig; der Stuhlgang war im Anfange meist angehalten, während im weiteren Verlaufe wiederholt sehr übelriechende Diarrhöen auftraten. Schon in den ersten Tagen trat grosse Hinfälligkeit der Patienten ein und das Fieber nahm im weiteren Verlaufe den adynamischen Charakter an. Die Haut wurde auffallend blass, der Puls sehr beschleunigt und klein; die Kinder wurden soporös; aus dem Munde verbreitete sich ein höchst übler Geruch, auch aus der Nase entleerte sich eine übelriechende Flüssigkeit; in einigen Fällen traten Blut-

ugen ein und waren dieselben, so wie das Auftreten von Oedemen an den Augenlidern, für die Prognose meist ungünstig, indem diese Kinder unter den Erscheinungen rasch zunehmender Adynamie starben.

Ging die Krankheit zurück, so nahmen gleichzeitig die Allgemeinerscheinungen mit Rückgang der Rachenaffektion ab; das Fieber mässigte sich, die Kinder wurden munter, verlangten Nahrung, und in einzelnen Fällen war aus der näselnden Sprache, aus den Ergebnissen der Racheninspektion zu erkennen, dass die Krankheit nicht vollkommen abgelaufen war. Umgekehrt war bei vollständiger Rückbildung der Rachenaffektion, aber fortdauerndem Fieber, die Prognose sehr dubiös, und 3 Kinder, die von der Umgebung für genesen gehalten wurden, nur grosse Schläfrigkeit, bei der Untersuchung jedoch einen sehr kleinen, beschleunigten Puls, grosse Blässe und Oedeme an den Augenlidern zeigten, starben in der dritten Woche der Krankheit plötzlich, und zwar unter den Erscheinungen einer heftigen Kolik. Die Kinder klagten plötzlich über Schmerz im Leibe, schrieen, warfen sich im Bette umher, bei einem derselben trat Erbrechen ein und wurde ein Wurm entleert. Der Anfall dauerte einige Stunden, worauf die Kinder soporös wurden und einige Stunden später bereits Leichen waren. Bei zwei von diesen, Jungen von 8 bis 11 Jahren, war die Leber bis zum Nabel vergrössert, ohne dass diese Vergrösserung weder vor dem Anfalle, noch bei anderen Kranken von mir beobachtet wurde. Die Sektion wurde leider nicht gestattet. Ein Kind starb suffokatorisch am dritten Tage und zeigte die Sektion, ausser der starken Schwellung der Mandeln und Durchsetzung derselben mit starrem Exsudate, im Larynx kleine Auflagerungen, denselben dagegen voll schaumiger Flüssigkeit, die Schleimhaut stark geröthet und gelockert. Auch in den Bronchien war schaumige Flüssigkeit enthalten.

Die übrigen 5 Kinder starben unter den Erscheinungen der Adynamie.

Nicht alle Fälle boten das beschriebene Krankheitsbild. Bei einer Anzahl Knaben war der Beginn latent, keineswegs mit stürmischen Allgemeinstörungen verbunden. Es waren

verwaltend grössere Kinder, und gehören hieze auch 4 Fälle bei Erwachsenen, jedoch kam die Form auch bei Kindern von $1^1/_2$ — 2 Jahren vor. Abgeschlagenheit in den Gliedern, verbunden mit Schmerzhaftigkeit in dem Halse, welche sich bei Schlingbewegungen steigerte, bei kleinen Kindern Weinerlichkeit, waren die Beschwerden, mit welchen die Affektion auftrat, dabei war die Haut kühl, der Puls nicht beschleunigt. Im Rachen die Exsudation meist auf die Mandeln beschränkt. Im weiteren Verlaufe trat keine wesentliche Veränderung dieser Erscheinungen auf. Nur Abnahme der Kräfte, Blässe der Haut und Schläfrigkeit, später Pulsbeschleunigung, stellten sich ein und diese bewogen in einigen Fällen erst die Angehörigen, nach ärztlicher Hülfe zu schicken. Zwei Kinder von diesen starben, das eine in der zweiten, das andere in der dritten Woche der Krankheit, indem plötzlich Kollapsus eintrat. Die Lokalerscheinungen waren bei beiden gering.

Bei den Erwachsenen wurde zumeist über Schmerzhaftigkeit im Halse geklagt; während bei zwei Allgemeinstörungen nicht zu erkennen waren, klagte eine Kranke über die heftigsten Gliederschmerzen, Müdigkeit, Schläfrigkeit und Eingenommenheit des Kopfes.

Der Verlauf der Krankheit war ein akuter. Kam dieselbe frühzeitig zur Behandlung, so war die durchschnittliche Krankheitsdauer 8 — 12 Tage. Einzelne Fälle genasen innerhalb 4 Tagen, bei anderen zog sich die Genesung bis in die vierte Woche. Kamen die Kranken frühzeitig in Behandlung, so genügten meistens einige Aetzungen mit Höllenstein in Substanz oder konzentrirter Lösung desselben, um den Prozess zu koupiren. Auch jene Formen von Rachenentzündung, bei welchen es nicht zur Exsudation gekommen war, heilten bei dieser Behandlung innerhalb einiger Tage. Einige Male glaubte ich starken Aetzungen den Uebergang der krupösen Form in die diphtheritische zuschreiben zu müssen, und verfuhr ich in der Folge mit gutem Erfolge so, dass ich nur die diphtheritischen Stellen mit Höllenstein in Substanz oder konzentrirter Lösung ätzte, die anderen nur mit schwacher Lösung. Dabei wurde vorerst Alles von Exsudat durch die Pinzette entfernt, was zu entfernen war, so wie während des ganzen

Verlaufes für öfteres Reinigen des Mundes durch Ausspülen mit Wasser, Chlorwasser, Alaun und Kalichloricum-Lösung gesorgt; nur bei dem ersten Falle bewogen mich die heftigen Allgemeinerscheinungen zur Applikation von Blutegeln an den Hals und zur Verabreichung eines Brechmittels im Beginne; der adynamische Krankheitscharakter rechtfertigte jedoch nicht die Antiphlogose und gab ich später im Beginne je nach den Erscheinungen bald ein kühlendes Laxans, bald Nitrum, Natr. bicarbonic., dann Chlorwasser und beim Sinken der Kräfte Roborantia, China, Eisen, Wein, Mineralsäure. Luft und Licht schienen sehr auf den Verlauf der Krankheit zu influenziren. In Wohnungen, die düster waren, so wie Wohnungen, die mit Menschen überfüllt und deren Luft verdorben war, trat die Affektion heftiger auf, zog sich ihre Heilung in die Länge und war im Ganzen perniziöser. In einem Hause, das sehr tief gelegen, von einer Mistpfütze zu $^2/_3$ umgeben war und nur wenig Sonnenlicht bekam, starben innerhalb 8 Tagen 2 Kinder; 2 andere erkrankten gleichfalls, wurden aber meist ausser Haus gebracht und genasen. Bei armen Leuten, bei welchen die Aufsicht nicht sehr sorgfältig war, fand ich meine Patienten oft auf der Strasse, bei warmem Wetter auf der steinernen Haustreppe schlafend und gegen mein Vermuthen genasen diese Kranken trotz heftiger Lokal- und Allgemeinstörung. Ferner beobachtete ich, dass jene Kinder, welche von ihren Eltern im Beginne sehr warm gehalten, ständig zu Bette sein und schwitzen mussten, sehr rasch kollabirten und selbst die Lokalaffektion zuweilen bei ihnen sehr intensiv gefunden wurde. Meine Verordnungen waren deshalb bei Kindern, die das Bett hüten mussten, dieses in ein helles, luftiges Zimmer zu stellen, Vorhänge zu entfernen, für öftere Lufterneuerung zu sorgen, gewaltsames Einstecken in die Decken behufs des Schwitzens zu unterlassen, wo nur möglich, die Kinder bei guter Bekleidung ausser Bett bringen zu lassen, dabei eine leichte, aber kräftige Nahrung, meist Suppen, zu verabreichen, und glaube ich einen ganz besonderen Nutzen diesem Verfahren zuschreiben zu müssen.

Ueber die bedingende Ursache der Krankheit konnte ich zu keiner bestimmten Erklärung kommen. Wichtig ist bei

der Beurtheilung die grosse Neigung zu entzündlichen Affektionen der Mund- und Rachenschleimhaut, wie sich aus vorstehender Tabelle ergibt. Ausserdem ist zu erwähnen, dass ein Graben Obertiefenbach durchzieht, dessen stagnirendes Wasser 1859 sehr übelriechende Emanationen verbreitete. Typhus, der hier heimisch sein soll, kam während der ganzen Zeit nicht zur Beobachtung; Scharlach erst im Juli 1860, also nach den erwähnten Fällen von Rachenentzündung. Die etwaige Annahme, dass die Rachenaffektion bloss Theilerscheinung eines Scharlachfiebers gewesen sei, muss ich zurückweisen, indem ich trotz der sorgfältigsten Untersuchung der Haut kein Exanthem beobachten konnte, ausserdem eine grosse Anzahl der Patienten nach Aussage der Eltern bereits Scharlach überstanden hatte.

Muss ich auch die Beantwortung der Frage über die bedingende Ursache der Krankheit offen lassen, so glaube ich doch aus dem Krankheitsverlaufe zur Behauptung berechtigt zu sein, dass die Krankheit eine allgemeine ist mit theilweiser Lokalisation im Rachen, dass die Gefahr mehr durch den adynamischen Charakter des Fiebers gesetzt wurde, als durch die Lokalaffektion; dass die Lokalaffektion meistens, jedoch nicht immer, in geradem Verhältnisse steht zu dem Allgemeinbefinden, dass die krupöse und diphtheritische Schleimhautentzündung nur Steigerungen eines und desselben Krankheitsprozesses sind, und letztere aus ersterem entstehen kann; dass die Mandeln vorwaltend Sitz der diphtheritischen Ablagerung gewesen.

Zur Beantwortung der Frage über Ansteckung der Krankheit füge ich bei, dass meistens mehrere Kinder in einem Hause nach einander befallen wurden, dass ein Mädchen von 20 Jahren, das einige Tage in einem Hause sich mit der Verpflegung eines solchen Kindes abgab, einige Tage darauf von derselben Krankheit befallen wurde; dass eine junge Frau, die aus einem benachbarten Orte in eine Wohnung zog, in welcher 3 Kinder vor Kurzem an der erwähnten Krankheit behandelt worden waren, nach 12 Tagen gleichfalls die Rachenentzündung bekam. —

Ein weiterer sehr bemerkenswerther Fall ist der des Accessisten Schmelzeis in Usingen:

„Am 4. Mai 1856 wurde ich zu einem 5jährigen mässig genährten Knaben, der schon längere Zeit von anderer Seite behandelt wurde, gerufen. Ich fand bei dem Knaben alle Erscheinungen der grössten Athemnoth. Auf den ersten Augenblick hatte das gellende, pfeifende Athmen, die enorme Lividität, die Turgescenz der Halsvenen, der sehr beschleunigte Puls bei dem Alter des Kleinen einen Krupprozess annehmen lassen. Doch sprach sowohl die Anamnese als der weitere Verlauf dagegen. Da der Zustand bis zum 9. so ziemlich derselbe blieb, so wurde die Laryngotomie gemacht. Die Operation war erfolglos und der Knabe starb bald nach derselben."

„Bei der Sektion fand sich, dass im Bereiche des Larynx kein Hinderniss war; derselbe verhielt sich vielmehr vollkommen normal, zeigte auch keine Spur einer abgelaufenen oder chronischen Affektion. Unmittelbar vor der Bifurkation der Trachea zeigte sich eine Bronchialdrüse sehr bedeutend aufgetrieben. Der Einschnitt in diese Drüse ergab bedeutenden Eitergehalt, ausserdem eine schon zum Theile kalkartig erhärtete, inkrustirte, hart anzufühlende Masse als Inhalt. Dieser Tumor umgab die hintere und rechte Seite der Trachea in der Art, dass er dieselbe bedeutend komprimirte, einen Eindruck in den Wänden derselben und wohl selbst vollständige Näherung der Wände an einander bewirkte, was natürlich den Erstickungstod zur Folge hatte. Lungen und alle übrigen Organe verhielten sich normal."

Med.-Accessist Gerz berichtet über einen Fall in dem Orte Hahn: „Am 23. November wurde ich zu einem 1 Jahr alten Mädchen beschieden, welches schon einige Zeit an einem Ausschlage an den Genitalien und in den Weichengegenden gelitten haben soll. Die Labia majora, Mons Veneris, die innere Partie der rechten Regio inguinalis waren etwas geschwollen; es zeigten sich hier linsen- bis bohnengrosse, roth umsäumte geschwürige Hautstellen, die mit gelblich-weissen diphtheritischen Auflagerungen bedeckt waren; das subkutane Zellgewebe hart verdichtet. Die linke Regio inguinalis

war von der Spina anter. super. ossis ilei bis zum Lab. maj. sinist. $1^1/_2$ Zoll breit mit diphtheritischem Exsudate, welches mit der nekrotischen Haut, die zerstört und zerklüftet war, eine grau-schwärzliche fötid riechende Substanz darstellte, besetzt. Das verdickte subkutane Zellgewebe war mit wenigem jauchigem Sekrete infiltrirt. Das Kind hatte öfters Durchfälle, war unruhig, Puls 140, Haut heiss. Der Prozess griff rasch weiter um sich und das Kind starb am 3. Tage."

Dr. Galle berichtet einen Fall, in dem eine unvorsichtige Vergiftung mit Schwefelsäure zur Verwechselung mit Krup Veranlassung gab: er betraf ein Kind von 4 Jahren; es entstanden sofort nach Verschlucken der Säure Erbrechen und alle Erscheinungen des Krups. „Ich wurde alsbald gerufen, erfuhr jedoch von der wahren Ursache nichts. Ich fand die Tonsillen und den Pharynx von blasser Farbe und hielt den Fall für akuten Krup. — Das Kind starb am Abende des zweiten Tages."

Ein Beispiel, das sehr zur Vorsicht bei der Anwendung von Blasenpflastern mahnt, erzählt Ober-Med.-Rath Thilenius. Einem Kinde mit Krup wird ein Blasenpflaster gesetzt — der Krupanfall glücklich beseitigt. „In der Verwirrung und Angst hatten die Eltern das aufgelegte Blasenpflaster nicht gehörig beachtet, so dass sich dasselbe verschoben und nicht allein auf der Brust, sondern auch auf dem Bauche Blasen erzeugt hatte. Erst am 4. Tage wurde mir die Mittheilung gemacht und ich sah nun zu meinem Schrecken, besonders auf dem Bauche, eine grosse eiternde und mit krupösem Exsudate bedeckte Fläche, an der das Korium sphacelös zu werden drohte. Alle Versuche zur Heilung misslangen, am 5. Tage nach Beseitigung des Krups verfiel das Kind in Konvulsionen und starb. Ein ähnlicher Fall wurde auch in Sulzbach beobachtet."

Um auch die Kaltwasserbehandlung des Dr. Pingler kennen zu lernen, geben wir folgenden Fall:

Ein $3^1/_2$jähriges Kind litt schon seit 3 Monaten an Husten und Schwerathmigkeit. „Ohne dass der Mutter eine Ursache der Verschlimmerung der Krankheit bekannt war, entdeckte sie, dass der Ton beim Husten an einem Samstag Abend

etwas lautloser war, als ehedem; darauf erfolgte in der darauffolgenden Nacht sechsmaliges Erbrechen. Am Sonntag Morgen war die Stimme des Kindes heiser, fast klanglos, der Husten ebenfalls, das Kind fieberte..... Am Dienstag Abend war das Kind stimmlos, stets mit Luftmangel kämpfend, in Fieber, Angst und Aufregung. Gegen 9 Uhr Abends hinzukommend, hörte ich schon vor der Thüre das charakteristische Respirationsgeräusch und konnte keinen Augenblick über die Diagnose in Zweifel sein.... Das Kind war mässig warm, stellenweise mit klebrigem Schweisse bedeckt, Lippen und Wangen bläulich, Bulbi etwas hervorgetrieben, Puls 180mal schlagend, Brust- und Rachenmuskeln in grosser Anstrengung bei der Respiration. Ich fühlte mich schwer ergriffen, dass das 50ste bräunekranke Kind das erste Opfer der Krankheit werden sollte, aber für ungerecht hielt ich es, von jedem Heilversuche abzustehen, so sehr sich auch die berufenen Badefrauen sträubten. Mit einer kalten Kompresse um den Hals versehen, wurde das Kind in ein Halbbad von 23° gesetzt, fleissig frottirt und öfters mit kühlerem Wasser begossen, und endlich, nachdem es sich an den Eindruck des Bades gewöhnt hatte, auf Nacken, Hals und Brust gedoucht. Schon beim Eintritte in das Bad wurde, wie dies immer der Fall ist, die Respiration tiefer, damit trat die Grösse des Hindernisses der freien Respiration auch vollständig klar zu Tage. Als Effekt des Bades stellte sich heraus: die Respiration wurde etwas weniges leichter, der Husten seltener, die Aphonie blieb, ebenso der Hustenton, die Haut erwärmte sich mehr, der Puls war ruhiger, beschleunigte sich bald wieder. Nachdem nun noch das Bad zweimal bis zur äussersten Abkühlung wiederholt worden war, meldete ein Badediener, dass die Bräune so gut wie verschwunden sei, dass das Kind sich aber nicht erholen wolle. In der That war das spezifische, ziehende, auf Verengerung im Kehlkopfe hinweisende Geräusch nur kaum bemerklich zu hören, hingegen die Stimme noch aphonisch, der Husten ohne Metallklang, das Kind aber sehr kyanotisch. Hätte ich das Kind mit stärkender Kost behandelt, ihm gestattet, recht sauerstoffreiche Luft bei geöffneten Fenstern zu athmen, ich würde es vielleicht gerettet

haben; gewiss wäre es gerettet gewesen, wenn es vorher gesund gewesen wäre. Die altmedizinische Engherzigkeit befiel mich, ich reichte dreimal ein Emeticum, das Wirkung, aber keine Besserung brachte. Die Kyanose nahm zu bei ziemlich freier Respiration, die Athemmuskeln erlahmten, und nach 36 Stunden, vom Beginne des ersten Bades an gerechnet, erfolgte der Tod."

Sektion: „Schädelhöhle von Blut strotzend; im Kehlkopfe eine Membran der allerfeinsten Art, die den ganzen Larynx überzog und bis 10‴ tief in die Trachea reichte und die Stimmritze verstopfte, da sie umgeschlagen war. Linker unterer Lungenlappen vollständig hepatisirt (älteren Datums), die rechte Herzkammer dilatirt. Die Schleimhaut auf der Trachea kongestionirt, nur an den von der Pseudomembran bedeckten oder bedeckbaren Stellen blass und blutleer."

Pädiatrische Mittheilungen aus Skandinavien. Von Dr. von dem Busch in Bremen.

I. Schmerzen in den Knieen, ein Symptom der Meningitis tuberculosa.

In der Versammlung der medizinischen Gesellschaft zu Christiania, am 23. Nov. 1863, machte Hr. Dr. Lund auf eine Erscheinung aufmerksam, welche er einige Male bei an Tuberkular-Meningitis leidenden Kindern wahrgenommen hatte und die ihm in Betreff der Diagnose dieser Krankheit Beachtung zu verdienen scheint.

„Ich habe," bemerkte er, „entweder vor der Entwickelung des eigentlichen Hirnleidens, oder gleichzeitig, oder nachdem es sich entwickelt hatte, einen Schmerz in einem oder in beiden Kniegelenken beobachtet, und da ich weder in Lehrbüchern, noch in Journalen diesen Kniesschmerz als ein Symptom der Meningitis angeführt gefunden und auch von Kollegen denselben nicht erwähnt gehört habe, so will ich in der Kürze

die Fälle anführen, in welchen ich diese Beobachtung gemacht habe.

Es war vor 16 bis 17 Jahren, als ich zum ersten Male darauf aufmerksam gemacht wurde, indem ich zu einem etwa 9 Jahre alten Mädchen gerufen wurde, welches, wie man meinte, nach einer Erkältung von den heftigsten Schmerzen im rechten Kniegelenke befallen worden war. Bei der Untersuchung desselben liess sich nichts entdecken. Beim Versuche, das Gelenk zu bewegen, mehrte sich der Schmerz; es war kein Schmerz im Hüftgelenke oder an einer anderen Stelle der Glieder, wohl aber etwas Fieber und Allgemeinleiden vorhanden. Ein Bruder des Mädchens war von einiger Zeit an einer Hirnentzündung gestorben. Da ich diesen ersten Fall, in welchem ich den Kniesehmerz als Symptom der Meningitis beobachtete, nicht aufgezeichnet habe, so kann ich nur anführen, dass sich erst mehrere Tage nach dem Auftreten des Schmerzes Zeichen einer Hirnentzündung bei dem Mädchen einfanden, die bald tödtlich ablief.

Der zweite Fall kam im Februar 1858 vor und betraf ein 14 Jahre altes Mädchen, welches ziemlich gross, aber von zartem Körperbaue war, und einige Zeit vorher an veitstanzartigen Krämpfen gelitten hatte, auch mit Lernen zu sehr angestrengt worden war. Dasselbe litt einige Tage lang an Fieber, Kopfschmerz, Phantasiren, Erbrechen und träger Leibesöffnung, und wurde von gewaltsamen Schmerzen in beiden Kniegelenken befallen. Diese Schmerzen waren so heftig und anhaltend, dass die Kranke unaufhörlich jammerte und schrie. Eine Bewegung oder Veränderung der Lage der Extremitäten konnte sie nicht vertragen. An den Gelenken liess sich keine Geschwulst oder Veränderung der Hautfarbe entdecken; es war kein Schmerz weder in den Hüften noch an anderen Stellen der Extremitäten, auch nicht im Rücken, vorhanden. Es wurden Blutegel an die Schläfen gesetzt, Sinapismen, Abführungsmittel, kühlende Mixtur, Kalomel u. s. w. angewendet, allein die Schmerzen in den Knieen veränderten sich nicht, obschon länger als zwei Tage noch verschiedene örtliche Mittel gebraucht worden waren. Es trat nun eine Verschlimmerung ihres Zustandes ein; gewaltsame Krämpfe,

wobei der Kopf hintenüber gezogen und der ganze Rumpf in derselben Richtung sich krümmte; anhaltende Delirien stellten sich ein, und liess sich unter diesen Umständen schwer entscheiden, ob die Knieschmerzen noch vorhanden waren oder nicht. Die Kranke erhielt Chinin und wurde in ein warmes Bad gebracht, ohne dass die Krämpfe abnahmen. Es stellten sich Flockenlesen, Sehnenhüpfen und Kyanose ein und erfolgte der Tod am 9. Tage nach dem Beginne der Krankheit. Die Leichenöffnung wurde verweigert. Professor Voss hatte die Kranke mit behandelt.

Im November des folgenden Jahres bekam ich den dritten Fall in Behandlung, nämlich einen Knaben von 6 Jahren, welcher an Lungentuberkulose litt und dessen Mutter mit derselben Krankheit behaftet war. Ich war hinzugerufen worden, weil der Knabe von einem heftigen Schmerz im rechten Knie befallen war. Dr. Skjelderup und ich behandelten denselben gemeinschaftlich und konnten in der Form und im Aussehen des Kniees nichts entdecken, was den Schmerz hätte erklären können, der durch die Bewegung des Gliedes verstärkt wurde und anhaltend war. Nach einiger Zeit bekam der Knabe auch Schmerz in der rechten Hüfte, so dass wir uns die Möglichkeit einer beginnenden Entzündung in diesem Gelenke dachten, von welcher der Schmerz im Knie abhängig sein könnte. Etwa einen Monat nach dem Beginne des Knieschmerzes, gegen welchen in dieser Zeit mancherlei Mittel vergeblich gebraucht worden waren, entwickelten sich die Symptome einer Meningitis tuberculosa, woran der Knabe starb. Als die Hirnerscheinungen sich ausgebildet hatten, liessen die gestörten Verstandeskräfte nicht mehr entscheiden, ob der Knieschmerz noch vorhanden war. Die Leichenöffnung wurde nicht gemacht.

Der vierte Kranke, bei welchem ich den Knieschmerz als Symptom der Hirnentzündung beobachtete, hatte ich in diesem Jahre zu behandeln. Ein 6 Jahre alter Knabe, der ziemlich robust war und nicht, wie seine Geschwister, an Hautausschlägen gelitten hatte, bekam im Anfange des Februar eine Angina parotidea, welche unter den gewöhnlichen Symptomen verlief, litt dann später an einer leichten Bronchitis und an

Urticaria. Einige Zeit nachher verlor er seine gewöhnliche Lebendigkeit und Lust am Spielen, wurde still und weinerlich. Ende März wurde er von einem ziemlich heftigen Schmerze im linken Kniegelenke befallen, bei dessen Untersuchung nichts zu entdecken war. Er hielt das Bein beständig ausgestreckt, konnte nicht auf dem Beine stehen, und ein Versuch, das Knie zu beugen oder dessen Lage im Bette zu verändern, vermehrte den Schmerz. An keiner anderen Stelle, weder in der Hüfte noch anderswo, verspürte er Schmerz. Sein Zustand im Allgemeinen schien recht gut zu sein, jedoch blieb er weinerlich. Es wurden schmerzstillende Linimente in's Knie eingerieben und dasselbe warm bedeckt gehalten, jedoch schien dieses keinen Einfluss auf den Schmerz zu haben. Nach Verlauf von etwa drei Wochen hörte der Schmerz auf, der Knabe fing an im Zimmer umher zu gehen, kam sogar einige Male in die freie Luft, spielte mit seinen Geschwistern und schien lebhafter zu sein, als in den beiden letzten Monaten. Am 28. April bekam er etwas Fieber mit Kongestionen zum Kopfe, verlor den Appetit, erbrach sich einige Male und hatte träge Leibesöffnung, wurde auch wieder träge, gedankenlos und weinerlich; der Puls war nicht frequent. Eine kühlende Mixtur, Abführungsmittel, Klystire und Sinapismen brachten keine Veränderung in seinem Zustande hervor. Er wurde gedankenloser und betäubter, beantwortete die ihm gestellten Fragen nicht, verlangte weder zu essen noch zu trinken, trank aber mit Begierde, wenn man das Getränk vor seinen Mund brachte. Einige Tage vermuthete ich, dass ein Typhus im Anzuge sei, allein da der Unterleib durchaus nicht empfindlich war, sich keine Typhusflecke zeigten, die Zunge feucht blieb, die Herzgeräusche ungeschwächt blieben, so gab ich diese Diagnose auf, besonders als deutlichere Zeichen eines Hirnleidens eintraten, nämlich Ptosis des linken oberen Augenlides, dilatirte Pupillen-Kontraktur des rechten Armes und krampfhaftes Ziehen und Zittern in den übrigen Extremitäten, Steifheit und etwas Rückwärtsbeugung des Körpers, Neigen des Kopfes nach der linken Seite hin, tiefe mit Seufzen verbundene Inspirationen u. s. w. Ausser Abführungsmitteln erhielt der Knabe inner-

lich Chinin und wurden wiederholt Blasenpflaster im Nacken und hinter die Ohren gelegt. Der Puls, welcher im Anfange seine normale Frequenz hatte, wurde langsam, zwischen 50 und 60 Schläge in der Minute, später aber wurde er beschleunigt und unregelmässig. Das Schlingen wurde beschwerlich; der Urin ging unwillkürlich ab; es entstand Sopor und starb der Knabe am 11. Mai. Herr Dr. Conradi, welcher den Knaben mit mir behandelt hatte, unterstützte mich noch bei der Obduktion, die 16 Stunden nach dem Tode vorgenommen wurde. Es wurde uns nur erlaubt, den Kopf zu öffnen. Wir fanden die dünnen Hirnhäute überall von Blut überfüllt. Längs des Laufes der Gefässe zeigte sich zwischen den Häuten ein seröses Exsudat, welches an einigen Stellen trübe und hellgelb war. In den Häuten, besonders in der Nähe des Sinus longitudinalis, fanden sich einzelne weisse Punkte. An der Basis beim Chiasma der Sehnerven fand sich zwischen den Hiatus ein grünes purulentes Exsudat von ziemlich grosser Ausdehnung. Im Umkreise davon war die Arachnoidea mit vielen etwas hervorragenden weissen Tuberkeln, die die Grösse eines Grützkornes hatten, besetzt. Beide Seitenventrikel waren von einem wasserhellen Serum ausgedehnt.

Wie ich schon oben erwähnte, habe ich von keinem Schriftsteller die in diesen Fällen angeführte Art von Kniescheschmerz als ein die Meningitis bei Kindern begleitendes Symptom angegeben gefunden. Dieses finde ich um so sonderbarer, da ich dieses Symptom viermal beobachtet habe. Wenn ich den ersten Fall abrechne, so fallen die übrigen drei in einen Zeitraum von 10 Jahren, in welchem ich Aufzeichnungen über die von mir an Meningitis behandelten Kinder gemacht habe. Da ich in diesen Jahren 30 Fälle der Art behandelte, so dürfte dieses Symptom, wenn es in der Praxis anderer Aerzte eben so oft vorkam, in 1 unter 10 Fällen oder bei 10 Prozent vorkommen. Die Anzahl, über welche ich zu verfügen habe, ist inzwischen gar zu klein, als dass ich mich erdreisten könnte, daraus einen Schluss auf die Häufigkeit des Symptomes zu ziehen, allein ich zweifle nicht daran, dass meine Kollegen, wenn sie darauf achten, bald Fälle von Meningitis finden werden, in welchen das Symptom vorkommt.

Dürfte ich aus diesen wenigen Beobachtungen Schlüsse über das Verhalten dieses Symptomes machen, so würden dieselben folgendermassen lauten.

Der Knieschmerz tritt als Symptom der Meningitis bei Kindern nicht ganz selten, etwa bei 10 Prozent, auf. — Dieser Knieschmerz ist anhaltend, er ist bisweilen sehr heftig, nimmt bei jeder Bewegung des Gelenkes zu und wird nicht durch örtliche Mittel gemildert. Er ist weder mit Geschwulst, noch mit irgend einer anderen Veränderung in der Form und im Aussehen des Gelenkes verbunden. Er kann ein oder beide Kniegelenke ergreifen. — Er kann einige Zeit vor der deutlichen Entwickelung der übrigen Symptome der Hirnentzündung auftreten, und dann entweder (wie im vierten Falle) vor dem Auftreten desselben aufhören, oder (wie im dritten Falle) andauern, bis die Störungen der Intelligenz es ungewiss machen, ob er noch vorhanden ist, oder endlich kann er (wie im zweiten Falle) auftreten, nachdem sich die Hirnerscheinungen schon entwickelt haben. — Er kann sowohl in akuten, als in langsam verlaufenden Fällen auftreten. Er scheint aber in den mehr akuten mit gewaltsamen Krämpfen verbundenen Fällen am heftigsten zu sein, wie Solches sich im zweiten Falle zeigte. In den von mir beobachteten Fällen trat er bei Kindern im Alter zwischen 6 und 14 Jahren und bei beiden Geschlechtern ein. Ich kenne keinen Knieschmerz bei Kindern, der diese von mir bezeichneten Charaktere darbietet und weiss auch nicht, einen solchen ausser in Verbindung mit Meningitis beobachtet zu haben. Ich nehme daher an, dass er da, wo er auftritt, für ein nicht unwichtiges diagnostisches Zeichen angesehen werden muss. Entweder wird dasselbe, wenn er *vor* der Entwickelung der Hirnsymptome auftreten sollte, einen Wink abgeben können, dass eine Meningitis zu erwarten sei, oder aber wenn er sich *während* der Krankheit äussert, wird er ein Unterscheidungszeichen abgeben können, durch welches sich dieselbe von anderen Krankheiten, mit denen eine Verwechselung möglich ist, wie z. B. dem Typhus, leichter wird unterscheiden lassen.

Ich will mich auf eine Erklärung dieses Symptomes nicht näher einlassen, zumal da ich nur von den vier Kranken,

welche ich behandelte, in einem Falle Gelegenheit hatte, die Leichenöffnung zu machen, und wurde mir in diesem Falle sogar nur gestattet, den Kopf zu öffnen. Ob aber der Kniesschmerz in diesen Fällen in Verbindung mit den im Gehirne stattgefundenen Veränderungen stand und von solchen bedingt wurde oder aber, ob er einer gleichzeitig vorhandenen Entzündung des Rückenmarkes oder dessen Häute beizumessen war, ist wohl schwer zu entscheiden. Als Stütze für die erste Ansicht muss ich jedoch bemerken, dass die Schmerzen in den unteren Extremitäten, welche eine Rückenmarksentzündung begleiten, eine grössere Ausbreitung zu haben und nicht auf ein einzelnes Gelenk beschränkt zu sein pflegen, oftmals mit krampfhaften Zuckungen in den Extremitäten verbunden sind und bald in Paraplegie übergehen, und ist auch zu bemerken, dass bei diesem Leiden der Rückenschmerz ziemlich ausgeprägt zu sein pflegt.

Nach dieser Mittheilung erwähnte Herr Dr. A. Holst, dass er seit 14 Tagen einen Knaben von $5^1/_2$ Jahren in Behandlung habe, bei dem in den letzten 8 Tagen alle Zeichen einer Meningitis tuberculosa aufgetreten seien. Der Knabe habe in den letzten paar Tagen über gewaltige Schmerzen in beiden Kniegelenken geklagt, ohne dass sich an denselben etwas Krankhaftes entdecken lassen konnte. Die Schmerzen seien so heftig, dass der Knabe deshalb oft laut schreie. Die Herren G. Conradi und Skjelderup hatten diese Knieschmerzen ebenfalls Jeder in einem derartigen Falle beobachtet. — Herr A. Conradi bemerkte, dass es sehr wichtig sein dürfte, in solchen Fällen den Ursprung der Rückenmarksnerven und deren Umgebung zu untersuchen. Würde hier nichts Krankhaftes gefunden, so möge man die Schmerzen für ein Symptom eines Hirnleidens halten. — Herr Kierulf meinte, dass man oft Knieschmerzen bei Kindern von 2 bis 3 Jahren ohne Meningitis beobachte, und erinnere er sich eines Falles, in welchem Meningitis auszubrechen drohte, und wo diese Schmerzen vorhanden gewesen wären. Herr Lund bemerkte dagegen, dass die Schmerzen, auf welche Herr Kierulf hindeute, unter dem Namen der Wachsthumsschmerzen bekannt seien. Diese seien aber nicht so anhaltend, wie die

von ihm erwähnten und seien bei denselben die Kinder auch nicht so ängstlich für jede Bewegung. — Herr Steffens hatte mehrere Male bei Kindern heftige Schmerzen in den Knieen ohne nachweisbare äusserliche Gewalt beobachtet, es war keine Geschwulst dabei vorhanden gewesen und hatten die Kinder jede Bewegung gefürchtet. Diese Schmerzen waren aber nur von kurzer Dauer und beobachtete er sie auch in anderen Gelenken, ohne dass Meningitis vorhanden war.

II. Fall von angeborenem Herzfehler.

Der hier von Hrn. Dr. J. C. Holst in Christiania (*Norsk Magazin for Laegevidenskab* Bd. 27, S. 1033) erzählte Fall betraf ein Kind, welches in den ersten 3 Monaten seines Lebens gesund gewesen war und wohl gedieh. Dann bekam es einen Durchfall, welcher mit längeren und kürzeren Unterbrechungen vier Wochen lang anhielt. Während desselben zeigte sich nichts Abnormes bei dem Kinde, als eine unbedeutende Blauheit an den Fingern und unter den Nägeln, welche zwar die Aufmerksamkeit des Hrn. Holst, aber nicht die der Eltern erregte, indem das Kind gut bei Fleisch blieb und seine Lebhaftigkeit beibehielt. — Nach dieser Zeit trat eines Tages plötzlich, während sich der Durchfall verschlimmerte, Erbrechen nach dem Saugen, mit darauffolgender Kälte und Blauheit im Gesichte und den Extremitäten (wahrscheinlich auch am übrigen Körper) ein.

Der Anfall war nur von kurzer Dauer, allein die Kyanose blieb hiernach beständig mehr oder weniger andauernd und stärker ausgesprochen und fand sich, wenn durch Schreien oder Erbrechen stärkere Anfälle hervorgerufen wurden, zugleich Kälte über der ganzen Hautfläche ein. In den Zwischenzeiten zwischen diesen Anfällen war das Kind noch lebhaft, allein man bemerkte nun, dass es etwas abmagerte. Nach Verlauf einer Woche wurde die Leibesöffnung normal und blieb so bis zum Tode des Kindes. Plötzlich trat aber ohne äussere Veranlassung ein gewaltsamer und lange dauernder Schreianfall mit besonders starker Kyanose und Kälte ein, dem ein soporöser Zustand folgte. Darauf folgte 5 Tage hindurch ein leidliches Wohlsein, normale Leibesöffnung, an-

haltende geringe Kyanose, ausserdem geringe Schreianfälle mit Verstärkung der Blausucht. Dann stellten sich etwas Husten mit erschwerter Respiration, Weinerlichkeit, ab und zu ein apathischer Zustand ein; in beiden Lungen hörte man ein schwaches Respirationsgeräusch mit Sibilus, und nach vorne hin wurde ein sehr ausgebreitetes starkes pustendes Geräusch beim ersten Herzgeräusche vernommen. Unter Zunahme von Apathie und Respirationsbeschwerden starb das Kind 2 Tage nach dem Eintreten dieses Zustandes.

Bei der Leichenöffnung, die am folgenden Tage vorgenommen wurde, fand sich Folgendes: Die Lungen enthielten überall Luft, waren etwas emphysematös und besonders stark mit Blut überfüllt. Die Schleimhaut der Bronchien erschien injizirt, in den Bronchien fand sich eine unbedeutende Menge Schleim, so wie im Pleurasacke und im Herzbeutel etwas Serum. — Das rechte Atrium war sehr gross, stark von Blutgerinnseln ausgedehnt, seine Wände waren etwa 1‴ dick; das Foramen ovale war offen, hatte den Durchmesser einer mässig dicken Schreibfeder und war mit einer gut schliessenden Klappe versehen. Die rechte Herzkammer zeigte sich stark konzentrisch hypertrophirt; ihre Wände waren nicht unter 5‴ dick, ihr Lumen kaum grösser als eine Erbse, die davor belegene Valvula tricuspidalis war natürlicherweise unvollkommen entwickelt. Zwischen der Herzkammer und der Arteria pulmonalis fand sich keine Kommunikation; die letztere war indessen normal beschaffen und hatte Rudimente von Klappen; die Herzkammer spitzte sich auch wie gewöhnlich gegen die Arteria pulmonalis hin in einen Conus arteriosus zu, aber mit einem Male wurde der Gang von der Herzkammer zur Arterie etwa 1‴ innerhalb der Valvulae semilunares durch eine ganz heile dünne Membran unterbrochen. Die linke Herzkammer und das linke Atrium schienen normal beschaffen zu sein, allein bei näherer Untersuchung fand sich gerade unter den Aortenklappen ein Divertikel gegen die rechte Herzkammer hin, worin die Sonde an einer von den Seitenwänden eine Oeffnung fand, wodurch dieselbe zwischen zwei Blättern der Valvula tricuspidalis, also, nach der Stelle zu rechnen, geradezu in die rechte Herzkammer, nach der

mechanischen Wirkung bei der Herzaktion aber zu rechnen, in das rechte Atrium drang. Diese Oeffnung erblickte man denn auch vom rechten Atrium aus und zeigte sie sich wie eine etwa 3‴ lange Spalte, mit dicht schliessenden, gezackten, etwas knorpeligen Rändern, an welchen die Seitenränder von zwei Blättern der Valvula tricuspidalis genau angewachsen waren. Der Bulbus aortae erschien unverhältnissmässig dick; der Ductus Botalli war offen, jedoch bedeutend kleiner im Umfange als die Art. pulmonalis; es liess sich eine dicke Knopfsonde hindurch schieben und zeigten sich an seiner Ausmündung in die Art. pulmonalis einige kleine Exkreszenzen. Nach Abgabe des Ductus Botalli hatte die Aorta wieder ein ganz normales Volumen, und zeigte sie auch weiterhin keine abnorme oder abnorm grosse Abzweigung.

„Ich glaube," sagt Hr. Holst, „dass man die hier vorliegende Abnormität zu den seltenen zählen muss; ich habe jedenfalls keinen Fall angeführt gefunden, der demselben ganz entsprochen hätte. Die Hauptmomente sind folgende drei: offener Ductus Botalli, verschlossenes Ostium arteriae pulmonalis und eine abnorme Kommunikation zwischen dem rechten Atrium und der linken Herzkammer. Der Kommunikation zwischen den beiden Atrien kann ich keine sonderliche Bedeutung beilegen, weil dieselbe nicht gross ist und eine hinreichende Klappe hat. Die Zirkulation muss nun auf folgende Weise vor sich gegangen sein: das venöse Blut ist von dem rechten Atrium durch die abnorme Oeffnung im Septum direkt in die linke Herzkammer gegangen, woselbst es sich mit arteriellem Blute mischte und dann durch die Aorta theils in den grossen Kreislauf, theils durch den Ductus Botalli zur Arteria pulmonalis und zu den Lungen gelangte, von wo aus es auf die gewöhnliche Weise zum linken Atrium zurückkehrte. Die Funktion der rechten Herzkammer muss sich darauf beschränkt haben, das unbedeutende Quantum von Blut, welches sie in sich aufnahm, durch die insuffiziente Tricuspidalklappe in das Atrium zu regurgitiren und gleichzeitig die abnorme Oeffnung zwischen dem rechten Atrium und der linken Herzkammer zu schliessen, indem die beiden Blätter der Trikuspidalklappe sich über derselben zusammen-

gefaltet hatten und da dieses wegen der starken Muskulatur der rechten Herzkammer mit grosser Kraft geschehen sein mag, hat dasselbe vermuthlich wohl auch die Regurgitation des Blutes von der linken Herzkammer in das rechte Atrium während der gleichzeitigen Systole der linken Herzkammer verhindert. Das beim ersten Herzgeräusche wahrgenommene pustende Geräusch kann von dem Durchgange des Blutes aus dem rechten Atrium durch die schmale und unebene Oeffnung in die linke Herzkammer und vielleicht auch zugleich von der Regurgitation des Blutes von der rechten Herzkammer in das Atrium bedingt gewesen sein. Die schon zum Oefteren erwähnte abnorme Kommunikation zwischen dem rechten Atrium und der linken Herzkammer ist für diesen Fall das Eigenthümliche; ein offener Ductus Botalli ist ja ein gewöhnlicher Begleiter der meisten angeborenen Abnormitäten des Herzens; ein verschlossenes Ostium der Art. pulmonalis gehört ja auch nicht zu den Seltenheiten. Bei einer solchen Verschliessung findet man aber gewöhnlicherweise den Ausfluss des Venenblutes durch ein grosses Foramen ovale oder durch eine Oeffnung im Septum ventriculorum, und für eine solche kann die erwähnte abnorme Oeffnung nicht gehalten werden, obgleich sie unterhalb des Ringes, welcher die Grenze zwischen Atrium und Herzkammer bildet, belegen ist. Es kann daher in Folge ihrer Lage zwischen dem Blatte der Trikuspidalklappe während der Systole der rechten Herzkammer kein Blut durch diese Oeffnung geflossen sein; dieses zeigt auch die grosse konzentrirte Hypertrophie der rechten Herzkammer an, welche deutlich dafür spricht, dass sie einen besonders grossen Widerstand zu überwinden gehabt hat. Die Entstehung dieser Oeffnung bleibt daher schwer zu erklären. Wenn man bloss ihre längliche, gezackte Form berücksichtigt, so sollte man dieselbe für eine Ruptur halten; allein eine solche könnte ohne vorangegangene krankhafte Veränderung in der Substanz des Herzens nicht stattgefunden haben und davon war keine Spur zu entdecken. Für eine mangelhafte Entwickelung des Septum ventriculorum kann dieselbe auch nicht angesehen werden, weil bei einer solchen Abnormität die Kommunikation zwischen beiden Herzkammern

sich wohl erhalten haben würde. Man mag nun auch die Entstehung derselben annehmen wie man wolle, so muss man wohl die Verschliessung des Ostium der Art. pulmonalis für das Primäre halten, wenn diese auch nicht ein Vitium a prima conformatione gewesen sein kann, weil in solchem Falle die Art. pulmonalis nicht gleich ausserhalb der obturirenden Membran so vollständig entwickelt gewesen sein würde, wie sie es doch war."

„Was die physikalischen und pathologischen Folgen dieser Missbildung anbelangt, so muss man wohl annehmen, dass diese etwa dieselben waren, wie da, wo durch Verschliessung des Ostium der Art. pulmonalis das venöse Blut allein durch ein grosses Foramen ovale einen Ausweg findet. Das Resultat für die Zirkulation bleibt hier, wie in den meisten Missbildungen des Herzens, Vermischung des venösen und arteriellen Blutes und Zirkulation dieser Mischung sowohl im grossen, als kleinen Kreislaufe, und beruht die pathologische Wirkung davon auf dem Mischungsverhältnisse zwischen diesen beiden Arten von Blut in der linken Herzkammer. Die Menge des venösen Blutes beruht geradezu auf der Vollständigkeit der Kommunikation zwischen den beiden Herzhälften; die Menge des arteriellen Blutes beruht auf dem Quantum von Zufuhr zu den Lungen, also auf der Weite des Ductus Botalli und wirklich sieht man öfters, dass die Dimensionen desselben in einem genauen Verhältnisse zu dem Leiden des Organismus bei Affektionen dieser Art stehen. Es ist daher merkwürdig, dass in diesem Falle, in welchem alles venöse Blut direkt in die linke Herzhälfte übergegangen war, während die Zufuhr von arteriellem Blute wegen der ziemlich geringen Dimensionen des Ductus Botalli geringer gewesen sein muss, das Leben so lange Zeit hindurch ohne auffallende Zeichen irgend eines Allgemeinleidens erhalten bleiben konnte. In allen den Fällen, welche ich von der Missbildung, die der hier in Rede stehenden am nächsten steht, aufgezeichnet gefunden habe, nämlich in Fällen von Verschliessung des Ostium der Arter. pulmonalis, vom grossen Foramen ovale und offenem Ductus Botalli war vom ersten Athemzuge an starke Kyanose und Kälte vorhanden gewesen, und hier war nichts

davon bis zum Tode, ausser in den erwähnten Paroxysmen vorhanden gewesen, die jedoch von so kurzer Dauer waren, dass sie, wenn ich hinzu kam, schon vorüber waren."

Nach Mittheilung dieses Falles bemerkte Herr Voss, dass eine Verschliessung der Art. pulmonalis angeboren sein oder aber successiv nach der Geburt eintreten könne. Er glaube, dass das Letztere am häufigsten sei. Wenn sie angeboren ist, so sei der rechte Ventrikel weniger entwickelt als da, wo sie später auftritt. Am häufigsten fände sich eine Kommunikation im Septum ventriculorum. In diesem Falle ströme das Blut vom rechten Atrium in den rechten Ventrikel und von diesem direkt in den linken Ventrikel. An dem von Herrn Holst vorgezeigten Präparate finde sich die Oeffnung an der gewöhnlichen Stelle in der Pars membranacea des Septums, allein das Verhalten habe ein etwas anderes Aussehen, weil der rechte Ventrikel rudimentös sei. Das Verhalten der Art. bronchiales hätte untersucht werden sollen (was indessen von Holst geschehen war, der sie nicht ausgedehnt fand). Der Ductus Botalli könne fehlen und dennoch dringe das Blut durch Pulmonalzweige der Art. bronchiales in die Lungen. Was die Kyanose anbelangt, so rühre diese nicht so sehr von Vermischung des arteriellen und venösen Blutes, als davon her, dass sich Hindernisse für den freien Durchgang des Blutes durch das Herz vorfinden. Selbst wenn das Blut durch abnorme Oeffnungen passire, würde sich die Kyanose nur alsdann zeigen, soferne diese Oeffnungen so eng seien, dass das Blut in Folge davon sich in den peripherischen Theilen anhäufe.

III. Ein Fall von angeborenem Rückgratsleiden.

In der *Hospitals Tidende* Nr. 4 erzählt Hr. Dr. F. Howitz folgenden Fall:

A. V., geboren am 18. Dezember 1861, kam am 14. März 1862 in das zur Entbindungsanstalt gehörende Kinderhospital. Bei der Geburt und in der ersten Zeit nach derselben hatte man weder in der Anstalt noch im allgemeinen Hospitale, in welches das Kind einige Tage nach der Geburt mit seiner Mutter verlegt wurde, irgend etwas Abnormes am Rücken

desselben entdeckt. Wie der Zustand desselben in der späteren Zeit gewesen, als es bei einer Frau in der Stadt in Pflege gegeben worden war, lässt sich unmöglich genau entscheiden, indem die Berichte hierüber verschieden lauten. Die Mutter erzählte, dass das Kind, als es der Pflegemutter übergeben wurde, ganz gesund und wohlgebildet gewesen sei, dass sie aber, als sie nach ihrer Entlassung aus dem Hospitale es besuchte, das gegenwärtige Leiden des Rückens an ihm gefunden hatte. Sie glaube daher, dass dasselbe bei der Pflegemutter entstanden sei, bei welcher, wie sie vernommen, das Kind es sehr schlecht gehabt habe, und solle die Pflegemutter dasselbe etwa 14 Tage, ehe das Kind in's Kinderhospital kam, aus den Händen gelassen und auf den Fussboden gesetzt haben. Die Pflegemutter wollte dagegen immer sehr zärtlich mit dem elenden Kinde gewesen sein und behauptete, es habe seinen Rückenschaden bereits gehabt, als sie es aus dem allgemeinen Hospitale erhalten habe. Bei der Aufnahme war der Zustand des Kindes folgender: Dasselbe war gut genährt, aber bleich und nicht so lebhaft und beweglich, wie Kinder der Art zu sein pflegen. Obgleich es seine Glieder frei bewegte, so hatte es doch nicht Lust, die Beine auszustrecken und mit den Armen zu greifen, wie solche kleine Wesen es zu thun pflegen, sondern lag in der Regel still vor sich hin, mit einem etwas leidenden Ausdruck des Gesichtes. Die Funktionen desselben waren in Ordnung und hatte es kein Fieber. Wenn das Kind aufrecht auf dem Schoosse sass, so zeigte sich in der Gegend des oberen Rücken- und untersten Halswirbel eine starke Biegung mit der Konvexität nach hinten hin. Allein der Bogen war nicht ganz gleich, denn beim ersten und zweiten Rückenwirbel waren die Dornfortsätze etwas hervorspringend und bildeten diese einen Punkt, von welchem sich die Biegung sowohl nach oben als nach unten hin ziemlich schnell in den normal verlaufenden Rücken- und Halswirbeln verlor. An den Seiten fand sich keine Krümmung. Wenn man es versuchte, die Biegung gerade zu richten, so liess sich solches einigermassen dadurch bewerkstelligen, dass man den Kopf und Rücken des Kindes streckte und gleichzeitig einen Druck auf die hervorstehenden Dorn-

fortsätze ausübte. Während dieser Manipulationen ward das Kind unruhig, schrie und fühlte offenbar Schmerz, und entstand dabei auch in der Regel ein eigenthümliches Geräusch, ähnlich dem, welches durch das Reiben von Knorpel gegen Knorpel oder Knochen entsteht. Dasselbe Geräusch ward auch in noch stärkerem Grade hervorgebracht, so dass man es deutlich hören und fühlen konnte, wenn man die Finger etwas nach aussen hin an die Seiten der Biegung fest ansetzte, aber hierbei schrie und stöhnte das Kind nicht. Etwas nach der rechten Seite hin vom Dornfortsatze des ersten Rückenwirbels fand sich eine kleine Hautnarbe, die Spur der Oeffnung eines kleinen Abszesses, welcher daselbst vor etwa 14 Tagen vorhanden gewesen sein soll. Diese Narbe war klein und die Haut war daselbst nicht mit dem unterliegenden Gewebe verwachsen.

Es war sehr schwer, wenn nicht gar unmöglich, in diesem Falle eine sichere Diagnose zu stellen. Weder die Anamnese noch die physikalische Untersuchung gaben bestimmte Haltpunkte ab. Weil bei der Geburt nichts der Umgebung aufgefallen war, so war am wahrscheinlichsten anzunehmen, dass der Rückenschaden nach der Geburt entstanden sei, aber wie konnte man sich die Möglichkeit denken, dass ein so kleines Kind eine so bedeutende Gewalt erleiden könne, welche eine solche Deformität zur Folge habe? Die physikalische Untersuchung machte die Annahme wahrscheinlich, dass hier ein Wirbel mit Fraktur der Proc. obliqui nach hinten ausgetreten sei, wofür verschiedene Momente sprachen. Wenn das Kind gerade sass, so wurde der verschobene Wirbel durch die Schwere noch mehr nach aussen gedrückt, wogegen man den Rücken fast vollständig gerade richten konnte, besonders wenn man durch den dislozirten Wirbel nach inwendig hin drückte. Dass durch diese und ähnliche Manipulationen ein Geräusch hervorgebracht wurde, deutete auf das Vorhandensein einer Fraktur hin. Auf der anderen Seite musste eine sehr bedeutende Gewalt angewendet sein, um eine solche Verletzung hervorzubringen. Es war aber unglaublich, dass eine solche Gewalt gegen ein zartes Kind angewendet sein konnte und hätte diese auch wohl eine noch sichtbare Ver-

wundung der äusseren Bedeckungen bewirken und wahrscheinlich gefahrdrohende Zufälle bei dem Kinde herbeiführen müssen, welche die Umgebung wohl bemerkt und nicht gewagt haben würde, das Herbeirufen eines Arztes zu unterlassen. Es fand sich zwar eine Hautnarbe als Spur eines vorangegangenen Abszesses, allein diese war so klein, dass man keinen grossen Substanzverlust vermuthen konnte und ebenso deutete auch der Umstand, dass die Haut hier nicht mit dem unterliegenden Gewebe verwachsen war, darauf hin, dass hier keine langwierige oder von den tieferen Schichten ausgegangene Entzündung stattgefunden hatte. Das Knochensystem beim jungen Kinde ist im hohen Grade nachgiebig und wenig zur Fraktur geneigt, was man schon a priori wegen des Ueberschusses der Knorpelelemente schliessen kann, und wovon ich mich auf folgende Weise weiter überzeugte. Nachdem ich die Leiche eines jungen Kindes mit der Brust auf eine feste Unterlage gelegt hatte, schlug ich wiederholt und kräftig mit einem schweren und harten Instrumente auf die am meisten hervorspringenden Theile des Rückens der Leiche. Trotzdem entstand an keiner Stelle eine Fraktur des elastischen Knochensystemes. Wir wissen ferner noch von den schwierigeren Fällen von Hervorziehung der unteren Körperhälfte bei Geburten, dass die Wirbelsäule eine sehr bedeutende extendirende Kraft erträgt, ohne dass dadurch Luxation oder Fraktur entsteht. Wir mussten also annehmen, dass wir es in dem in Rede stehenden Falle nicht mit einer nach der Geburt erworbenen traumatischen Affektion, sondern vielmehr mit einer während des Fruchtlebens entstandenen und bei der Geburt und in der ersten Zeit nach derselben übersehenen und erst später mehr hervorgetretenen und entwickelten Krankheit in den Rückenwirbeln zu thun hatten. Von welcher Natur diese Krankheit sei, liess sich nicht entscheiden; am wahrscheinlichsten war uns die Annahme, dass eine destruktive Entzündung, durch welche ein oder mehrere Körper der Wirbelknochen zerstört worden waren, stattgefunden habe, und möglich war es, dass die erwähnte Hautnarbe und der Abszess hiermit in Verbindung

standen. Bei dieser unsicheren Diagnose mussten wir dann bis auf Weiteres stehen bleiben.

Der kleine Kranke lag etwa einen Monat lang im Hospitale; der Zustand blieb in dieser Zeit fast ohne alle Veränderung und liessen sich keine Paralysen, Konvulsionen oder Anästhesieen bei dem Kinde wahrnehmen. Am 16. April starb dasselbe ganz plötzlich, ohne dass man eine nähere veranlassende Ursache des Todes ermitteln konnte. Es war kurz zuvor eingewickelt und darauf in seine Wiege gelegt worden und versicherte die Wartfrau, dass demselben dabei keinerlei Gewalt zugefügt worden, sondern dass sie, als sie kurz nachher nach demselben gesehen, es todt gefunden habe.

Bei der etwa 24 Stunden später vorgenommenen Sektion liess sich, mit Ausnahme der Affektion der Wirbelsäule und der Medulla spinalis, welche gleich beschrieben werden soll, keine Ursache des Todes entdecken. Die Wirbelsäule vom Atlas an bis zum achten Rückenwirbel und zugleich ein Stück der dazu gehörenden Rippen wurden ausgehoben und auspräparirt, worauf die Wirbelsäule von vorne nach hinten etwa in der Mittellinie durchschnitten wurde. Man sah nun deutlich, wie die Wirbelsäule in der Gegend des ersten und zweiten Rückenwirbels einen bedeutenden Knick zeigte. Von vorne gesehen neigte sich die überliegende Partie wie ein Dach über den Körper des dritten Rückenwirbels und bildeten die fibrösen Ligamente an der vorderen Fläche der Wirbelkörper hier ein starkes vorspringendes Band in der Mittellinie. Die Köpfe der drei obersten Rippen lagen beinahe dicht auf einander und stand der Kopf der zweiten Rippe in keiner Verbindung mit irgend einem Knochentheile, sondern mit einem blinden Sacke. Nach hinten war die Hervorragung des Dornfortsatzes des ersten und zweiten Rückenwirbels sehr bedeutend, namentlich wenn man die Wirbelsäule etwas zusammendrückte, verringerte sich aber etwas, wenn man dieselbe ausdehnte. Nachdem die Wirbelsäule durchschnitten worden war, sah man, wie ihr Kanal und das Rückenmark an der Stelle der Biegung im höchsten Grade zusammengeklemmt waren, nämlich bis etwa zu einem Dritttheile ihrer Grösse. Es fehlte die obere Hälfte des zweiten, und die

untere Hälfte des ersten Rückenwirbelkörpers so wie auch deren Intervertebralknorpel ganz, und fand sich an deren Stelle ein Raum, welcher fast vollständig von einer Membran ausgekleidet war, die sich leicht vom Knochen ablösen liess. Ueberreste von den verschwundenen Knochen oder Spuren von irgend einer früheren Entzündung fanden sich nicht. Wenn man auf der Rückseite der affizirten Partie nach Innen drückte, so liess sich auch nun ein deutliches Knorpelgeräusch hervorbringen, welches dadurch entstand, dass die obersten Rippen gegen einander gerieben wurden.

Wie soll man sich nun diese eigenthümliche Affektion, in welcher gerade die Hälfte von zweien Körpern der Rückenwirbel und ihres zwischenliegenden Knorpels fehlen, und in welcher sich keine andere Spur einer vorangegangenen Entzündung findet, erklären, und wie soll man es begreifen können, dass dieses Kind ungeachtet der bedeutenden Zusammenschnürung des Wirbelkanales und des damit verbundenen Druckes auf das Mark so lange hat leben können, und zwar ohne dass sich bei ihm Symptome von Lähmungen des Gefühles oder der Bewegung zeigten? Was die erste Frage anbelangt, so ist es allerdings nicht möglich, dieselbe auf eine entschieden richtige Weise zu beantworten, aber am wahrscheinlichsten ist es, dass man das Ganze für einen Bildungsfehler halten muss, wie denn auch Herr Lektor Schmidt, dem ich das Präparat zeigte, meinte, dass man es so ansehen könne. Das bleibende Wirbelskelet wird kurz auf folgende Weise gebildet: sehr frühzeitig werden aus der Urwirbelplatte die sogenannten Urwirbel gebildet, welche, wie ein Hautring, die Chorda und Medulla umschliessen. Die Urwirbel, welche anfänglich von einander abgeschnürt waren, schmelzen darauf zu einer zusammenhängenden Wirbelkörpermasse zusammen, in welcher nun wieder eine Theilung stattfindet. Diese geschieht so, dass jeder einzelne Urwirbelkörper in seiner Mitte getheilt wird, und dadurch entstehen dann wieder die bleibenden Wirbelkörper. Jeder bleibende Wirbel, z. B. der 8te oder 9te, wird also bestehen aus der untersten Hälfte des 8ten Urwirbels und der obersten Hälfte des 9ten. Wenn man sich nun in dem vorliegenden Falle denkt, dass der 9te Urwirbel

aus irgend einem Grunde defekt oder krankhaft angegriffen gewesen ist, und die Bildung von den aus ihm sich entwickelnden Theilen mangelhaft war, so werden wir das Resultat bekommen, dass die oberste Hälfte des 9ten Wirbelkörpers und die unterste Hälfte des 8ten fehlen mussten, wie solches hier der Fall war. — Es findet sich, so viel mir bekannt ist, kein analoger Fall in der Literatur, und kann diese meine Erklärung allerdings nur als eine Hypothese aufgestellt werden, die sich nicht beweisen lässt.

Der Grund, dass das Kind so lange leben konnte, ohne dass sich bei ihm Symptome von einem bedeutenden Drucke auf die Medulla zeigten, muss gewiss grösstentheils in folgenden Umständen gesucht werden. Die Kompression des Rückenmarkes, welche bei der Sektion einen bedeutenden Grad erreicht hatte, hatte sehr früh ihren Anfang genommen, und nur langsam und allmählig die gegenwärtige Höhe erreicht. Indem das Kind in der ersten Zeit meistens die horizontale Lage einnahm, so wirkte die Schwere des Kopfes und Halses nicht, wie sie es bei aufrechter Stellung gethan haben würde, und fand daher kein bedeutenderes Hinabdrängen der obenliegenden Theile Statt, wodurch der Knick verstärkt worden sein würde. Hierdurch wird es auch erklärlich, dass die Rückgratsbiegung in der ersten Zeit übersehen worden ist, und möglicherweise ist auch der Tod dadurch herbeigeführt worden, dass man beim eiligen Einwickeln des Kindes demselben eine Stellung gegeben hat, durch welche der Druck auf die Medulla zu stark wurde. Der Umstand, dass das Kind wenig lebhaft in seinen Bewegungen mit den Armen und Beinen war, hatte vielleicht seinen Grund in einem verminderten Vermögen, seine Glieder zu bewegen, welches vom Drucke auf die Medulla herrührte.

Beiträge zur Aetiologie, Pathologie und Behandlung des Scharlachfiebers, von Ch. Murchinson, M. D., Arzt am Fieberhospitale in London (s. dieses Journal, Bd. XLHI, Juli — Dezember 1864 S. 228—260).

5) **Das Ansteckungsvermögen nach dem Stadium und der Heftigkeit der Krankheit.** Es ist kein entschiedener Beweis vorhanden, dass das Scharlach in einem Stadium ansteckender sei, als in einem anderen. Die gewöhnliche Annahme, dass es im Beginne der Abschuppung die meiste Ansteckungskraft habe, ist wahrscheinlich richtig, allein diese Eigenschaft beschränkt sich nicht auf dieses Stadium, wie einige Schriftsteller behauptet haben. Poitier berichtet (Noirot, *Histoire de la Scarlatine, p.* 63) von einem ganz kleinen Kinde, welches von seiner Mutter das Scharlach bekommen habe, obwohl es von ihr im Augenblicke, als der Ausschlag bei ihr zum Vorscheine kam, isolirt worden ist, und mir selbst sind mehrere Beispiele vorgekommen, wo die Krankheit während des Eruptionsstadiums sich fortpflanzte. Das Ansteckungsvermögen währt wahrscheinlich so lange, bis der Abschuppungsprozess ganz und gar vorüber ist, und diese Zeit ist nach den verschiedenen Fällen sehr verschieden und kann sich wohl Wochen lang nach der anscheinenden Genesung hinziehen.

Einige Autoren sind der Meinung, dass der Tod das Ansteckungsvermögen sofort vernichtet; mehrere Umstände aber führen mich auf die Vermuthung, dass noch einige Zeit nach dem Tode dieses Vermögen verbleibt, und in der Praxis habe ich immer danach gehandelt. Bestimmte Thatsachen, die über diesen Punkt Aufschluss geben können, wären von Wichtigkeit und es würden Diejenigen Dank verdienen, die ihre Erfahrungen darüber mittheilen wollten.

Von allen die Kontagiosität des Scharlachs betreffenden Punkten ist keiner so sicher festgestellt, als der, dass zwischen der Intensität der Krankheit und ihrer ansteckenden Kraft kein Verhältniss obwaltet. Die mildesten Fälle schei-

nen eben so sehr befähigt, die Krankheit zu verbreiten, als die heftigsten. Es ergibt sich aus dieser Thatsache ein für die Theorie und für die Praxis wichtiger Umstand. Es ist nämlich wohl bekannt, dass Erwachsene, die dem Scharlachkontagium sich ausgesetzt haben, mögen sie nun durch einen früheren Anfall geschützt gewesen sein oder nicht, von Angina mit oder ohne Fieber, jedoch ohne allen Ausschlag, von Zeit zu Zeit befallen werden. Weniger bekannt, obwohl meiner Meinung nach nicht weniger wahr aber ist, dass an solcher Angina leidende Personen im Stande sind, ächtes Scharlach auf nicht geschützte Kinder zu übertragen. Mehrere höchst merkwürdige Erfahrungen haben mich zu dieser Ansicht geführt, welche, wenn sie sich bestätigt, die ernsteste Erwägung in Anspruch nimmt.

6) Immunität gegen zweite Anfälle. Die Regel ist, dass ein Scharlachanfall die Empfänglichkeit desselben Individuums für Aufnahme und fernere Wirkung des Scharlachgiftes erschöpft. Schon vor vielen Jahren hat Willan festgestellt, dass unter 2000 Fällen von Scharlachfieber kein einziger vorgekommen, wo die Krankheit zum zweiten Male aufgetreten wäre, und diese Angabe stimmt mit der allgemeinen Erfahrung, obwohl, wie ich glaube, die Schutzkraft des ersten Anfalles nicht so positiv behauptet werden kann. Wie überall, so ist auch hier die Regel nicht ohne Ausnahmen. Noch vor nicht langer Zeit traf ich in der Privatpraxis auf drei wohlbeglaubigte Beispiele von Wiederkehr des Scharlachs in demselben Individuum. Ein Fall betraf einen jungen Menschen von 18 Jahren, welcher einen der heftigsten Anfälle von bösartigem Scharlachfieber gehabt hat, den ich jemals habe mit Genesung endigen sehen. Der Ausschlag war reichlich, die Mandeln waren tief ulzerirt, die Delirien heftig, und aus der Nase kam ein starker zäher Ausfluss. Zehn Jahre vorher hatte dieser junge Mensch zugleich mit seinen Geschwistern auch Scharlach gehabt; als solches war es von Dr. Ramsbotham und einem anderen intelligenten Arzte damals erkannt worden und hatte sich durch einen kräftigen Ausschlag, bedeutende Ulzeration der Mandeln und zähen Ausfluss aus der Nase charakterisirt. — Die

beiden anderen Fälle kamen in einer und derselben Familie vor. Vier Kinder dieser Familie waren vom Scharlach ergriffen; die beiden ältesten, 5 und 7 Jahre alt, hatten die Krankheit in sehr bösartiger Form und fielen ihr zum Opfer; bei den anderen beiden trat die Krankheit milde auf und es folgte Genesung; Dr. Barker, mit dem ich in Konsultation trat, erzählte mir, dass diese beiden Kinder von ihm ein Jahr vorher an Scharlach behandelt waren, welche Krankheit damals durch ihren Ausschlag und die Halsaffektion so charakteristisch hervorgetreten war, dass in der Diagnose kein Irrthum obwalten konnte.

Zahlreiche Beispiele von einem zweiten Auftreten des Scharlachs sind von Bateman, Rayer, Blackburne (*Facts and observ. on scarlet-fever, 1863*), Noirot, Tweedie, Gillespie (*Edinb. monthly Journal of medic. Science, March 1823*) und Richardson mitgetheilt worden. Von 45 zusammengestellten Fällen verschiedener Autoren hat Noirot 5 hervorgehoben, wo schon Scharlach einmal vorangegangen war. Rilliet und Barthez gedenken eines Kindes, welches im Kinderhospitale in Paris 24 Tage nach dem ersten Anfalle von Scharlach einen zweiten Anfall bekommen hatte. Gillespie führt 11 Fälle von zweimaligem Auftreten des Scharlachs in denselben Individuen an, welche in Donaldson's Hospital im Jahre 1862 vorgekommen waren, aber in der Mehrzahl dieser 11 Fälle war der charakteristische Ausschlag nur einmal bemerkt worden. Berton erzählt einen merkwürdigen Fall, wo ein junger Mann zweimal das Scharlach in einem Zeitraume von vier Jahren gehabt hat; das erste Mal war der Ausschlag hauptsächlich auf den unteren Theil des Körpers, das zweite Mal auf den oberen Theil beschränkt. Selbst von einem dritten Anfalle sind Beispiele berichtet worden. Ein solcher Fall ist von Dr. Bins (*Lancette française, I, 1843*) erzählt worden. Sir Gilbert Blane spricht von einer jungen Dame, welche dreimal das Scharlach hatte, dessen Diagnose nicht im Geringsten zu bezweifeln gewesen (*Medic. chirurg. Transactions, 1812, III*). Richardson sagt von sich selbst, dass er dreimal das Scharlach gehabt. Es ist möglich, dass der Erzählung sol-

cher Fälle vielleicht ein Irrthum in der Diagnose zum Grunde gelegen, aber in mehreren lässt sich ein solcher Zweifel durchaus nicht aufstellen.

Diese eben gemachten Bemerkungen beziehen sich besonders auf die Wiederholung des Scharlachs mit seinem charakteristischen Ausschlage in jedem der Anfälle. Allein es ist guter Grund zu der Annahme vorhanden, dass der Organismus von dem Gifte infizirt werden und dasselbe weiter verbreiten kann, ohne dass eine Eruption auf der Haut sich bemerklich macht. Geben wir das zu, so müssen wir sagen, dass eine Wiederkehr des Scharlachs durchaus nicht ungewöhnlich ist. Es ist wohl bekannt, dass, wenn Erwachsene, die Jahre vorher Scharlach gehabt haben, mit dieser Krankheit von Neuem in Kontakt gebracht werden, sie eine Angina bekommen, die fieberlos und nicht mit Ausschlag begleitet ist. Ich habe wiederholt gefunden, dass, wenn ein oder zwei Kinder in einem Hause von Scharlach befallen sind, jeder der erwachsenen Bewohner des Hauses an Angina zu leiden hatte. Diese Angina halte ich für Scharlach in modifizirter Form, — für die Scarlatina faucium oder Scarlatina latens einiger Autoren, und es ist sehr wahrscheinlich, dass die damit behafteten Personen das Scharlach in der ausgeprägtesten und bösartigsten Form verbreiten können. Es ist jedoch sehr zweifelhaft, ob diese milden Anfälle — diese Anginen — grosse Immunität gegen spätere Behaftung mit Scharlach gewähren. Viele praktische Aerzte sind zu wiederholten Anfällen von Scarlatina faucium, wie ich diese Anginen nennen will, sehr disponirt, und im Verlaufe meiner Praxis habe ich mehrere Beispiele erlebt, welche folgender Beschreibung entsprechen: In einer grossen Familie bricht das Scharlach aus; einige Kinder bekommen die Krankheit in ausgeprägter Form; andere leiden nur an leichter Angina und wieder andere Glieder derselben Familie zeigen gar kein Symptom. Die letzteren werden sogleich streng isolirt und bleiben gänzlich frei, während diejenigen, welche nur an Angina leiden, mit denen im freien Verkehre gelassen werden, die das Scharlach ganz ausgeprägt an sich tragen, weil man meint, dass sie ja doch durch ihre milde Angina schon die Sache abge-

than haben und geschützt seien. Die Folge aber ist, dass eines dieser Kinder, welches nur Angina mit etwas Fieber gehabt hat, hinterher noch vollständig ausgebildetes Scharlach bekommt und vielleicht daran stirbt. Solche Vorkommnisse sind auch von anderen Schriftstellern angemerkt worden (*Withering, on Scarlet-fever, 1779*, auch Gillespie im *Edinb. medical Journal, March 1863*). Sie sind meiner Ansicht nach durchaus nicht selten und die daraus zu entnehmenden Folgerungen sind für die Praxis offenbar von der grössten Wichtigkeit.

7) Zerstörbarkeit des Scharlachgiftes durch Hitze. Die Versuche von W. Henry (*Experiments on the destructing powers of increased temperature. Practical Magan. X et XI, 1831*) gehen darauf aus, zu beweisen, dass das Scharlachgift so wie das Typhusgift durch trockene Hitze zerstört wird. Henry führt vier Fälle an, wo Flanelljacken, von Scharlachkranken genommen, einer trockenen Hitze von 200° bis 206° Fahr. ausgesetzt und dann Kindern im Alter von 6, 10, 12 und 13 Jahren, die bis dahin die Krankheit noch nicht gehabt hatten, angelegt und mehrere Stunden auf dem Leibe gelassen wurden. Es folgte aber trotz der Leichtigkeit, mit der sonst durch wollene Kleidungsstücke das Scharlachgift sich überträgt, keine Ansteckung. Daraus wurde geschlossen, dass das Gift zerstört, aber nicht bloss aus den Kleidern vertrieben worden war. Letzteres hätte von Einigen angenommen werden können, welche an die Flüchtigkeit des Scharlachgiftes oder an die Fähigkeit desselben denken, sich durch die Luft zu verbreiten*). Beim Vac-

*) Hier in Berlin sind vor einer Reihe von Jahren eben solche Versuche gemacht worden; man hat in einem dazu eingerichteten Ofen, der bis zu 80° R. (210° F.) erhitzt war, die Flanellhemden von Scharlachkranken gethan, dann aber dieselben Kleidungsstücke in dem Ofen liegen gelassen, bis er vollständig abgekühlt war. Diese Kleidungsstücke zeigten durchaus keine ansteckende Kraft. Diese Versuche gaben auch bei anderen Krankheitsgiften dasselbe Resultat. Wäre durch die Hitze der Giftstoff bloss verflüchtigt und nicht zerstört, so könnte er sich innerhalb des Ofens wieder in die Kleidungsstücke setzen, was also hier nicht der Fall war. Bd.

cinegift hat man gefunden, dass seine flüchtige Portion schon bei einer Temperatur unter 120° F. sich verliert, dass aber zur völligen Zerstörung der Aktivität dieses Giftes es einer Temperatur von 140° F. bedarf. Henry's Versuche sind noch nicht oft genug wiederholt worden, aber in den letzten 30 Jahren hat man darnach immer gehandelt und zwar mit ganz guten Resultaten, indem man kaum noch bezweifelt, dass ein hoher Grad von trockener Hitze den Ansteckungsstoff des Scharlachs so wie auch die übrigen Ansteckungsstoffe vernichtet, und einen solchen desinfizirenden Raum gibt es wohl jetzt in jedem gut eingerichteten Krankenhause.

Noch sind einige Punkte in Bezug auf die Entstehung und Natur des Scharlachfiebers zu besprechen.

1) Spontaner Ursprung des Scharlachgiftes. In der grösseren Mehrzahl der Fälle, wenn nicht in allen, stammt das Scharlachgift von Personen, die an der Krankheit leiden, und verbreitet sich von ihnen entweder direkt oder durch irgend ein Medium. Bedenken wir, wie vorherrschend das Scharlachfieber ist und mit welcher Leichtigkeit das Gift auf weite Entfernung übertragen und wie lange es in Familien anscheinend latent zurückgehalten werden kann, so wird man es für sehr schwierig halten, den Beweis zu führen, dass irgendwo das Scharlachfieber von selbst oder ohne vorgängige Ansteckung entstanden sei; man müsste denn darthun können, dass auch nicht der geringste Verkehr mit anderen Menschen stattgehabt hat, was wohl fast niemals der Fall sein wird. Zu bezweifeln ist wohl gewiss nicht, dass irgend einmal das Scharlachgift von selbst entstanden und einen lokalen Ursprung gehabt haben muss, und es lässt sich wohl nicht mit Bestimmtheit behaupten, dass das nicht jetzt auch noch der Fall sein könnte. Wir müssen aber gestehen, dass wir bis jetzt durchaus nichts von den Bedingungen wissen, die zur Selbsterzeugung des Scharlachgiftes nothwendig sind. Die Angaben einiger Autoren, welche die Entstehung des Scharlachgiftes grosser Hitze und Feuchtigkeit der Atmosphäre, oder sumpfigen Ausdünstungen des Bodens, oder Unterleibsstörungen, oder der Unterdrückung des Schweisses, oder dem Baden im kalten Wasser beimes-

sen, werden wohl wenig Glauben finden. Viele Schriftsteller aus dem Anfange dieses Jahrhunderts beziehen sich auf eine Angabe von Thomassin a Thuissink, wonach ein Knabe das Scharlach bekommen habe, nachdem er sich während des Winters in einem Bache gebadet hatte. Etwas Aehnliches erzählt Gregory von einem jungen Manne, welcher einen scharlachartigen Ausschlag bekommen hätte, nachdem er in voller Ueberhitzung ein kaltes Bad im Serpentinebache genommen hatte. Ob aber das jedesmal Scharlach gewesen, ist fraglich, und wenn es Scharlach war, so blieb immer noch der Zweifel übrig, ob nicht vorher schon durch Ansteckung das Gift in den Körper hineingeführt gewesen war.

Die Geneigtheit der Wöchnerinnen zu Scharlachfieber ist wohl bekannt und die Aerzte wissen von einem Fieberzustande zu erzählen, welcher, mit einem scharlachähnlichen oder dem Scharlach durchaus gleichenden Ausschlage verbunden, nach chirurgischen Operationen aufzutreten pflegt. Diese Thatsache wurde vor nicht langer Zeit in der pathologischen Gesellschaft von London verhandelt und ist neuerlichst von Paget und Wilks besprochen worden. Zu bemerken ist, dass die zu dieser Besprechung Anlass gebenden Fälle unter Umständen vorgekommen sind, wo kein Verdacht, dass Scharlachgift übertragen worden sein könne, eigentlich vorhanden gewesen war. Mehrere Fälle waren in rascher Reihenfolge im London-Hospitale vorgekommen, von welchem mit grosser Strenge alle Scharlachkranke abgewiesen werden. Ebenso sah Gregory oft wirklichen Scharlachausschlag im Verlaufe des sogenannten sekundären Pockenfiebers, ohne dass irgendwie eine stattgehabte Ansteckung anzunehmen gewesen war. Er fügt hinzu, dass es schiene, als ob das sekundäre Fieber den Ausschlag ebenso entwickle wie etwa Erysipelas. George May erzählt einen Fall, wo Scharlachausschlag mit Fieber zu einer Kopfwunde kam und ganz deutlich mit Abschuppung und Anschwellung der Halsdrüsen begleitet war, obgleich weder in dem Hause noch im ganzen Dorfe ein Fall von Scharlach vorgekommen war. Wir bedürfen noch des Aufschlusses über diesen Punkt und Diejenigen werden grossen Dank verdienen, welche ihre Wahrnehmungen in dieser

Hinsicht zu öffentlicher Kenntniss bringen. Treten Fälle von Scharlach sporadisch oder ganz isolirt auf, so wird zuerst die Diagnose festzustellen und dann zu ermitteln sein, ob zur Zeit oder kurz vorher irgendwo eine Ansteckung stattgefunden haben kann. Dass die Aetiologie des Scharlachs dadurch viel gewinnen würde, braucht wohl kaum gesagt zu werden. Ueber den eigentlichen Ursprung des Scharlachgiftes, wie es jetzt existirt, wissen wir in der That noch gar nichts; jedoch hat die von Vielen aufgestellte Vermuthung, dass das Virus in Pferden oder Rindvieh sich erzeugt und von diesen Thieren auf den Menschen übertragen sei, viel für sich.

2) Scharlachfieber bei Thieren. Wohl bekannt ist, dass die Hausthiere fast allen den ansteckenden miasmatischen Krankheiten, welche den Menschen befallen, mehr oder minder unterworfen sind. Das Vorkommen von Scharlach bei Hunden, Katzen, Pferden, Schweinen und anderen Hausthieren wird von Vielen behauptet. Vor vielen Jahren erzählte Heim in Berlin einen Fall, wo ein Hund, der längere Zeit bei einem scharlachkranken Kinde im Bette gelegen, in Fieber verfiel und Scharlach mit Abschüppung bekam. Most inokulirte 3 Hunde mit der aus den kleinen Bläschen des Scharlachausschlages entnommenen Flüssigkeit; die Impfung wurde am Bauche vorgenommen, wo die Haut dünn und nur wenig mit Haaren bepelzt war. Nach Verlauf von 8 Tagen erschien an einem der Hunde ein Scharlachausschlag von der Grösse einer Hand. Auf diesen Ausschlag folgte allgemeine Abschuppung und Ausfallen des Haares hier und da; Beschwerde beim Schlingen zeigte aber das Thier nicht. In den Verhandlungen der medizinischen Gesellschaft in Petersburg wurde einer Katze gedacht, welche den charakteristischen Scharlachausschlag und Schlingbeschwerden hatte (Noirot). Bei Pferden kommt eine Krankheit häufig vor, die in jeder Beziehung Aehnlichkeit mit Scharlach hat; sie charakterisirt sich durch Fieber, einen hellen Scharlachausschlag auf der Schneider'schen Membran und auf der Schleimhaut des Mundes, ferner durch Angina, oder Schlingbeschwerden, durch Ausfluss aus der Nase, Anschwellung der Parotiden, durch nachfolgendes Ausfallen des Haares und

bisweilen auch durch Wassersucht. In den Zeitschriften über Thierheilkunde finden sich zahlreiche Angaben darüber. Vor etwa einem Jahre berichtete Hr. Letheby über das häufige Vorkommen des Scharlachfiebers unter den Schweinen in der City von London. In einem Briefe, den er die Güte hatte, über diesen Gegenstand mir zu schreiben, sagt er: „Meine Aufmerksamkeit ist auf diesen Gegenstand durch das merkwürdige Aussehen der Haut der auf den Märkten der City gebrachten todten Schweine gelenkt worden und bei genauer Untersuchung fand ich, dass die Thiere ganz plötzlich ergriffen worden waren. Sie frassen plötzlich nicht mehr, als wenn ihnen das Schlingen schwierig würde und sie hatten deutliches Fieber; dabei wurde ihre Haut dunkelroth, dunkler noch wie die Farbe eines gekochten Krebses; sie starben binnen wenigen Tagen und bisweilen binnen wenigen Stunden nach dem Anfalle in einem komatösen Zustande. Ich fand die Nieren sehr kongestiv und den Urin eiweisshaltig und zweimal fand ich Petechienflecke auf den Herzklappen. Ich halte die Krankheit für ein bösartiges Scharlachfieber."

Es würde nicht schwierig sein, noch mehr Beweise der Art anzuführen, dass gleich den Pocken auch das Scharlach bei den Thieren ebenso vorkommt wie beim Menschen, und es ist in der That sehr möglich, dass der Mensch zuerst die Krankheit von seinen Hausthieren bekommen habe, und es ist deshalb auch zu hoffen, dass weitere Untersuchungen nach dieser Richtung hin vielleicht ein eben so gutes Schutzmittel verschaffen, wie die Vaccination gegen die Pocken.

Natur und Wirkungsweise des Scharlachs. Es ist schon gezeigt worden, dass das Scharlachgift, welches von der Kutis und den Schleimhautflächen erkrankter Personen ausgeschieden worden, nicht leicht durch die Atmosphäre übertragen, sondern durch sogenannte Heerde angesammelt und fortgepflanzt wird, und dass es einen hohen Grad von Unzerstörbarkeit besitzt. Daraus würde sich ergeben, dass das Gift mehr fester als flüchtiger Natur ist. Der Umstand, dass das Scharlach und ähnliche Krankheiten in dem menschlichen Organismus Keime zu weiterer Ansteckung erzeugen, hat zu dem Glauben geführt, dass irgend eine mikroskopi-

sche Pilzbildung mit fast unsichtbaren Sporen das Wese ausmache. Ein Beweis für diese Ansicht ist aber bei der Scharlach ebensowenig wie bei den anderen ähnlichen Krank heiten geführt worden und es gibt mancherlei Gründe, di dagegen sprechen. Mit den kräftigsten Mikroskopen konnt man weder bei den Pocken, noch bei der Vaccine, noch bei Scharlach etwas entdecken, was für das Dasein solcher Parasite spräche, und doch ist es gerade die Eitermaterie der Pockenpu steln, die Lymphe der Vaccinepustel und das Serum des Scha lachbläschens, wodurch das Gift getragen wird. Liebig be merkt über den Gegenstand, der uns hier beschäftigt, dass di allersorgfältigste Untersuchung der ansteckenden Materie so wohl als der übrigen Flüssigkeiten des Kranken, bei de Pocken, der Pest, der Syphilis, des Scharlachs, der Masern des Typhus, des gelben Fiebers, des Hospitalbrandes, de Hundswuth, keine Spur von mikroskopischen Organismen nachgewiesen hat, denen die Fortpflanzung der Krankhei beigemessen werden könnte. Möglich ist, meint Liebig dass spätere Untersuchungen noch solche Parasiten nach weisen; für jetzt aber können wir uns von ihrem Dasei nicht überzeugen, so viel auch durch die Art der Verbreitun der genannten Krankheiten dafür zu sprechen scheint. Ma hat auch diesen Prozess oder vielmehr das Hervortreten eine fieberhaften Krankheit nach Aufnahme des Giftes als ein Gährung oder Zymose angesehen und dabei sich vorgestell dass durch diese Gährung das Gift sich vervielfältige, wobe sich denn auch Gährungspilze erzeugen müssten, allein auc diese Annahme ist eine blosse Hypothese, da man für de Vorgang einer im chemischen Sinne aufzufassenden Gährun innerhalb der Säfte des lebenden Körpers gar keine Beweis hat. Die Erscheinungen führen allerdings zu der Vermuthung dass, wenn ein Giftstoff eindringt, darauf eine grosse Beweg ung in der Säftemasse sich zeigt und das endliche Ergebnis dieser Bewegung eine Vervielfältigung desselben Giftstoffs ist, mehr ein chemischer Akt vor sich gehe, als ein vitaler Man kann deshalb immer noch solche Krankheiten als zymo tische oder Gährungskrankheiten bezeichnen und das Gi selbst als ferment ansehen. Man darf nicht vergessen, das

das Scharlachgift, wie die anderen analogen Gifte, nachdem es eingedrungen, im Blute nicht nur eine grosse Bewegung, sondern auch eine Zersetzung oder Umwandlung desselben hervorruft, und dass nicht eher Ruhe wieder hergestellt ist, als bis das Blut alles Fermentes sich wieder entledigt hat. Ueber die chemische Zusammensetzung des Scharlachgiftes wissen wir gar nichts; Richardson hält es für acid und glaubt eine Verwandtschaft mit Milchsäure zu finden, aber es scheint diese Ansicht mehr in der bisweilen vorkommenden Verbindung von Scharlach und Rheumatismus ihren Grund gefunden zu haben.

Ich habe schon anderswo zu zeigen mich bemüht, dass viele Symptome bei anhaltenden und anderen Fiebern nicht, wie allgemein angenommen wird, dem ursprünglichen Fiebergifte beigemessen werden dürfen, sondern durch die Anhäufung von Produkten der metamorphosirten Gewebe im Blute und der veränderten Ernährung des Gehirnes und anderer Organe beizumessen sind, und dass deshalb auch in den vorgerückten Stadien viele Fieber, die aus ganz verschiedenen Giften entsprungen sind, sich fast vollständig gleichen.

II. Klinische Mittheilungen.

Ueber die Rückenmarkssymptome beim Typhusfieber.

Es ist uns eine Arbeit zugeschickt worden, die jetzt in ihrer weiteren Ausführung schon gedruckt vor uns liegt, und zwar unter dem Titel: *„Etude clinique des divers symptoms spinaux dans la fièvre typhoide, par le Dr. E. Fritz. Paris 1864, 8. pp. 186.“* Wir entnehmen daraus Dasjenige, was besonders auf das Kindesalter Bezug hat, zumal da Hr. Fritz seine Studien ganz besonders im St. Eugenien-Hospitale in Paris unter Hrn. Barthez gemacht hat und auf viele Fälle Bezug nimmt, die gerade dieses Alter betreffen. In dem ersten Abschnitte wird erwiesen, dass bei den vielen Autoren, die über typhöse Fieber geschrieben haben, wohl hier und da

von gewissen Rückenmarkssymptomen Erwähnung geschie
aber nirgends eine wirkliche Zusammenstellung und Deutu
derselben sich findet. Anlass zu einem genauen Studium d
ser Klasse von Symptomen fand er, als er im März 18
einen Fall von Typhus vor sich hatte, welcher beim erst
Anblicke genau das Bild einer Spinalmeningitis darbot u
erst bei genauerer Prüfung als Typhus sich erwies. H
Barthez sagte ihm, dass diese und analoge Fälle in sein
Klinik gar nicht so selten vorgekommen sind, und Gleich
berichtete ihm auch Hr. Dubuc aus der Klinik von Bouch
Das Resultat seiner Studien gibt der Verfasser in den folge
den acht Abschnitten oder Kapiteln. Der zweite Abschn
enthält eine Zusammenstellung der Symptome. Diese grup
ren sich in Störungen der Sensibilität und der Motilitä

I. Störungen der Sensibilität.

1) Hyperästhesieen. Die übermässig gesteigerte E
pfindlichkeit im typhösen Fieber, die hier gemeint ist, ka
entweder eine allgemeine sein, d. h. in den Nerven d
Kutis ihren Sitz haben oder nur beschränkte Partieen od
einzelne Muskeln betreffen; sie kann mit Schmerzen ve
schiedener Art, besonders aber mit Gelenkschmerzen, verbu
den sein. Hr. Fritz erwähnt aber noch die abnorme E
pfindlichkeit beim Drucke auf die Dornfortsätze der Wirb
welche oft und gerne die Hyperästhesie der Kutis und d
Rumpfes begleitet und die ziemlich häufig, aber nicht imme
mit der Rhachialgie oder dem eigenen Schmerze beim Druc
auf die Wirbel der entsprechenden Gegend sich verbind
Diese Spinal-Hyperästhesie hat nach ihm ihren eigenen Ga
und muss deshalb von der kutanen Hyperästhesie gesonde
betrachtet werden.

a) Hyperästhesie der Kutis. Diese befolgt bei
Typhus gewöhnlich einen aufsteigenden Gang, d. h., s
geht so vorwärts, dass, wenn man ihre Grenze nach ob
hin gefunden hat, gewöhnlich oder fast immer die Par
nach unten hin davon schon eingenommen ist. Es ist dies
ein Punkt von Wichtigkeit, auf den Hr. Fritz besonders au
merksam macht. Die Beine können allein der Sitz der k

einen Hyperästhesie sein; oft aber auch nimmt die Bauchhaut bis zu verschiedener Höhe daran Antheil. Der erste Fall, der erzählt wird, betrifft ein 11 Jahre altes Mädchen, welches am 14. März 1862 aufgenommen wurde. Es hatte seit 14 Tagen über Kopf- und Halsschmerz geklagt, bekam dann Fieber, Mangel an Appetit und Schwäche. Das Fieber wiederholte sich täglich um 4 Uhr Abends und dauerte die ganze Nacht hindurch. Das Kind erbrach Alles, was es nahm, mit Ausnahme von Brühe; dabei Durchfall und später galliges Erbrechen. Unter allen übrigen Symptomen des typhösen Fiebers fand sich auch eine sehr lebhafte Empfindlichkeit der Bauchhaut, wenn man dieselbe in Falten aufhob oder auf dieselbe ein wenig drückte. Dabei waren die Beine der Sitz dumpfer Schmerzen und so empfindlich, dass ein ganz geringer Druck dem Kinde äusserst peinlich wurde. Die Dornfortsätze der Wirbelsäule zeigten bald mehr bald minder Empfindlichkeit beim Drucke, und wir können, wenn wir diesem Krankheitsfalle nicht zu sehr in's Spezielle folgen wollen, nur kurz andeuten, dass die Hyperästhesie nicht bloss die Kutis der Beine, des Beckens und des Bauches einnahm, sondern auch weiter hinaufstieg zur Kutis des Thorax, des Rückens, der Arme und des Halses, und, wie das meistens zu geschehen pflegt, unterhalb des Randes des Unterkiefers ihre Grenze fand.

Der zweite, dritte, vierte und fünfte Fall betrafen ebenfalls Kinder von 11, 10, 9 und 5 Jahren, alle weiblichen Geschlechtes. Die kutane Hyperästhesie wird sehr genau geschildert, sowohl in ihrer Entwickelung als in ihren verschiedenen Graden, und wir müssen uns in dieser Beziehung mit folgender kurzen Anführung begnügen.

„Der Grad der Hyperästhesie ist sehr verschieden und auch bei demselben Individuum sehr wandelbar. Die sanfteste Berührung der Haut mit der Hand, ein leichtes Ueberfahren genügt oft, einen lebhaften Schmerz hervorzurufen. Bei einer unserer kleinen Kranken brauchte man nur sehr leicht mit dem Nagel des Fingers über den Bauch zu gleiten, um lebhaftes Schreien und Weinen zu erregen. Mehr als einmal fanden wir, dass das blosse Auflegen des Ohres bei der Aus-

kultation grosse Schmerzen erzeugte. Diese hohe Stufe de Empfindlichkeit der Haut ist jedoch selten. Meistens zeig sich die Hyperästhesie erst, wenn man die Haut in Falte auffasst oder auf sie einen leichten Druck ausübt, namentlic da, wo sie auf den Knochen mehr aufruht." ..... „Wen die kutane Hyperästhesie einen sehr hohen Grad erreicht ha so genügt bisweilen schon das Gewicht der Bettdecken, der Kranken grosse Schmerzen zu machen und ihm peinlich z werden, und etwas ausgedehnte Bewegungen der Extremitäte erzeugen, wahrscheinlich in Folge der Reibung, welche si veranlassen und vielleicht auch durch die Spannung der Hau vor den Gelenken, dieselbe Wirkung. Es entspringt daran bisweilen bei ganz kleinen Kindern ein hoher Grad von Au regung und Reizung. Der Schmerz, den sie dabei empfinden setzt sich in ihr Gedächtniss so fest, dass schon das Heran treten des Arztes an das Bette sie zum Schreien und Weine bringt und gewaltig aufregt. Erst wenn der Arzt das Bet verlässt, beruhigen sie sich wieder." — Fälle dieser Art sind selten, aber sie können leicht zu einer irrigen Diagnose füh ren und es ist deshalb gut, darauf aufmerksam zu machen Manchmal verschwindet auch diese Hyperästhesie zeitweise oder vermindert sich und kommt dann von Neuem wieder mit aller Kraft zum Vorscheine. So wird von Hrn. Fritz von einem Falle erzählt, in dem die Hyperästhesie allabendlich seh stark hervortrat, während sie bei Tage nur sehr schwach war. Man könnte also auch hier zu einem Irrthum in de Diagnose geführt werden.

b) Spinal-Hyperästhesie, Empfindlichkeit der Wir bel, sehr häufig im Typhus vorkommend, bald alle Wirbel be treffend, bald nur in einigen Dornfortsätzen sich äussernd besteht entweder für sich oder in Verbindung mit der Hau hyperästhesie.

c) Muskelhyperästhesie, bald ganze Gruppen von Muskeln, bald einzelne von ihnen betreffend.

2) Spontan eintretende Schmerzen.

a) Rhachialgie, Rückenschmerzen, von verschiedenem Grade und verschiedenem Sitze, bald brennend, bald glühend bald stechend, bei der geringsten Bewegung sich steigern

so dass der Kranke sich zwingt, unbeweglich liegen zu bleiben, ja den Kopf hinten über zu ziehen und fast so auszusehen, als wäre er im Starrkrampfe. Hr. Fritz erzählt einige Fälle als Beispiele, auf die wir verweisen müssen.

b) Verschiedene schmerzhafte Ausstrahlungen.

c) Schmerzen in den Gliedmassen.

d) Brustschmerzen.

e) Analgesieen bald für sich allein, bald auch in Verbindung mit Hyperästhesieen.

II. Funktionsstörungen des Rückenmarkes.

Hierzu gehören:

1) lähmungsartige Zufälle,

2) krampfartige,

3) Reflexbewegungen.

Es folgen sich bisweilen diese verschiedenen Rückenmarkszufälle im Typhus rasch hinter einander oder wechseln sich ab, und es wird die von Herrn Fritz berichtete Krankengeschichte eines 10 Jahre alten Mädchens aus der Klinik des Herrn Barthez grosses Interesse erregen. Am fünften Tage der Krankheit beobachtete man an diesem Kinde eine äusserst gesteigerte Hyperästhesie der Haut an den Beinen, dem Bauche und den Dornfortsätzen, mit Rhachialgie und Schmerzen bei Bewegung des Kopfes. Am Tage darauf hatte die Hyperästhesie, aufwärts steigend, die ganze Haut eingenommen mit Ausnahme des Gesichtes. Der Kopf war etwas nach hinten gezogen. Das Athmen wurde keuchend; das Kind schnappte gleichsam nach Luft; die Herzschläge waren zugleich dumpf; man hörte sie kaum, und es war offenbar die ganze Sphäre des Vagus affizirt. Jede Einathmung war mit Rückbeugung des Kopfes nach hinten begleitet, offenbar oder grösstentheils in Folge der Einwirkung der Rückenmarksnerven auf die betreffenden Muskeln. Das Sprechen wurde schwierig, weil die Zunge durch die Affektion des Hypoglossus und vielleicht auch des Facialis nicht Folge leisten konnte. Dann zeigte sich ein intermittirender Krampf des Pharynx, die Unmöglichkeit, zu schlucken. Damit verknüpfte sich zeitweise ein ganz kurzer Stimmritzenkrampf, der

durch seine gewöhnlichen Erscheinungen sich kundthat. Dann wieder folgten Zuckungen im Antlitze, ein eigenthümliches Wackeln des Kopfes und noch einige andere Erscheinungen, welche mit Bestimmtheit auf eine Affektion des Rückenmarkes hinweisen.

Die folgenden Abschnitte beschäftigen sich mit der pathologischen Anatomie, der physiologischen Deutung der Symptome, der Aetiologie, Diagnose, Prognose und Behandlung der im Typhus vorkommenden Rückenmarkszufälle.

Die Schlussfolgerungen, die sich aus der ganzen Arbeit entnehmen lassen, fassen wir in folgende Sätze zusammen:

1) Das Rückenmark ist im Typhus zu verschiedenen Zeiten der Krankheit in einer grossen Zahl von Fällen mehr oder minder affizirt.

2) In dem Vorbotenstadium und im Beginne der ersten Woche der Krankheit beobachtet man nur geringe Rückenmarkszufälle, welche man jedoch bei mehr als der Hälfte der Kranken leicht als solche unterscheiden kann.

3) Die Rückenmarkszufälle bei Typhösen erscheinen als Kreuz- und Lendenschmerzen, welche eine grosse Aehnlichkeit mit denen beim Eintritte der Pocken haben; sie sind bisweilen begleitet mit einer unvollständigen Paralyse der Beine oder öfter noch mit Hyperästhesie der Haut und einiger Muskeln und ferner mit schmerzhaften Ausstrahlungen in den Beinen. Dann Schmerzen in der Wirbelsäule, welche besonders im Rücken sehr heftig zu sein pflegen; ein oft sehr lebhafter Schmerz im Nacken, sich ausstrahlend nach dem Hinterhaupte, die Bewegungen des Kopfes und Halses erschwerend, und bisweilen mit Schmerz in den Beinen begleitet, oder mit einem Gefühle unbequemer Steifheit in den Muskeln verbunden. Endlich gehört dazu noch eine sehr starke Empfindlichkeit beim Drucke auf die Dornfortsätze der affizirten Gegend.

4) Diese Syptome sind nicht unbeständiger als die meisten derjenigen, die man bei der Beschreibung des Typhusfiebers angegeben findet, und es muss ihnen also eben so gut wie diesen ein Platz bei der Darstellung der Krankheit gewährt werden.

5) Sie beharren gewöhnlich bis zur Mitte oder bis Ende

der ersten Woche und verschwinden dann, gerade wie auch die Gehirnsymptome bei einer grossen Anzahl von Typhuskranken in der ersten Zeit der Krankheit sich bemerklich machen und dann nach und nach sich verlieren.

6) In vielen Fällen jedoch erlangen die Rückenmarkssymptome, so wie auch die Funktionsstörungen des Gehirnes, von den ersten Tagen der Krankheit an eine ungewöhnliche Heftigkeit, vervielfältigen sich nach und nach, gruppiren sich auf verschiedene Weise und bilden so die hervortretendsten Züge in der Darstellung des Krankheitsfalles, indem sie oft bis zum letzten Stadium beharren.

7) Von den einfachsten bis zu den komplizirtesten Fällen gibt es hier eine Reihe von kaum merklichen Uebergängen, und aus klinischer Beobachtung wie aus Leichenuntersuchungen ergibt sich, dass selbst da, wo die Rückenmarkssymptome mit ganz besonderer Stärke hervortreten, durchaus nichts von einer Myelitis oder einer Spinalmeningitis, die etwa als Komplikation zum Typhus sich hinzugesellt hätte, vorhanden ist. Höchstens können die Symptome auf Rechnung einer Kongestion der Rückenmarkshäute gebracht werden, was aber auch nur in sehr beschränktem Maasse anzunehmen ist.

8) In der grösseren Zahl von Fällen ist das Rückenmark mit seinen Häuten vollständig frei von jeder wahrnehmbaren materiellen Veränderung. Es kann also nur von zufälligen Komplikationen die Rede sein, wo mit dem Typhus zugleich auch noch eine Affektion des Rückenmarkes oder seiner Häute sich eingestellt hat, und dieses ist wohl nicht häufiger als bei gleichem Verhältnisse der Gehirnaffektion zum Typhus.

9) Gebraucht man aber, lediglich um das Vorherrschen von Gehirnsymptomen beim Typhus zu bezeichnen, den Ausdruck Cerebral-Typhus, so kann man auch mit demselben Rechte beim Vorherrschen von sogenannten Rückenmarks- oder Spinalsymptomen den Ausdruck Spinal-Typhus für gerechtfertigt halten.

10) Die schon angeführten Symptome der perversen Sensibilität und Motilität sind nicht die einzigen, die, beim Typhus vorkommend, auf das Rückenmark zu beziehen sind, sondern auch alle übrigen, welche auf dieses wichtige Organ hin-

weisen, machen sich dann und wann in dieser Krankheit bemerklich. Dazu gehören diejenigen Symptome, welche im Bulbus des Rückenmarkes ihren Ursprung nehmen, namentlich ein hoher Grad von Dyspnoe, Krampf des Pharynx und des Larynx, krampfhafter Husten, Aphonie, Alalie, krampfhafte Zusammenziehungen der Halsmuskeln, Paralyse des Pharynx und darauf beruhende Dysphagie u. s. w.

11) Die spinale Form des Typhus steht selten für sich allein da; ziemlich oft finden sich neben den Rückenmarkssymptomen zugleich auch Gehirnsymptome, Brustsymptome und andere in bald grösserer oder geringerer Intensität, und die wichtigste Gruppirung für die Diagnose ist hier das gleichzeitige Auftreten von sehr schweren Rückenmarks- und Gehirnsymptomen (Cerebro-Spinal-Typhus nach Wunderlich).

12) Es sind besonders die Kinder, die jungen Mädchen und Frauen und die anämischen Individuen, bei denen das Typhusfieber mit Rückenmarksstörungen verbunden ist; Hysterie scheint hier keine besondere Disposition zu begründen.

13) Die Rückenmarkssymptome erscheinen manchmal, obwohl selten, in gewissen Momenten, vervielfältigen sich dann und nehmen in anderen Epochen an Stärke zu oder zeigen gleich von Anfang an eine grosse Heftigkeit.

14) Die spinale oder cerebro-spinale Form ist häufiger während des epidemischen Auftretens dieser Krankheit als in sporadischen Fällen, und hat sich in beträchtlicher Zahl während mehrerer Epidemieen von Meningitis cerebro-spinalis gezeigt.

15) Das Studium der Rückenmarkssymptome beim Typhus und ihre richtige Beurtheilung ist von grösster Wichtigkeit für die Diagnose. Selbst sehr erfahrene Aerzte und Kliniker haben mehr als einmal ein mit Rückenmarks- oder Gehirnsymptomen auftretendes Typhusfieber wirklich für Meningitis spinalis oder cerebro-spinalis gehalten, besonders bei Kindern. Man vermeidet einen solchen Irrthum, wenn man den Mangel an Harmonie in der Störung der verschiedenen Funktionen des Rückenmarkes in Betracht zieht, d. h. wenn man die Integrität einiger dieser Funktionen gegen die tiefgehende Veränderung der anderen erwägt; wenn man ferner

die Wandelbarkeit der Symptome, ihre unregelmässige Aufeinanderfolge, den Gesichtsausdruck des Kranken, die Art seiner Delirien und die anderen ernsten Krankheitserscheinungen, wie Nasenbluten, gastrische Störungen, Schmerz in der Blinddarmgegend, Durchfall, die Roseola, das pfeifende Rasseln u. s. w., mit in Erwägung zieht.

16) Die Rückenmarkssymptome können, wenn sie nur von geringer Heftigkeit sind, an sich keinen Anhaltspunkt geben, die Diagnose zwischen dem Typhusfieber und den verschiedenen akuten Krankheiten, welche in ihrem Anfange fast ebenso auftreten, festzustellen.

17) Die Prognose der spinalen und besonders der cerebrospinalen Formen des Typhus ist fast immer sehr bedenklich, aber bei Erwachsenen mehr als bei Kindern; die Sterblichkeit in diesen Fällen ist gross, die Dauer gewöhnlich sehr lange, und paralytische und andere ernste Zufälle folgen gerne noch hinten nach.

18) Die Symptome, welche sich auf die Affektion des Bulbus des Rückenmarkes beziehen, müssen immer zu grosser Behutsamkeit in der Prognose veranlassen, und die Dyspnoe oder ein hoher Grad von Oppression im Anfange, ohne wirkliche Lungenkrankheit, verkündet fast immer einen raschen oder galoppirenden Verlauf.

19) Die Rückenmarkssymptome beim Typhusfieber erfordern niemals für sich selbst Blutentziehungen, kontraindiziren sie im Gegentheile meistens. In dringenden Fällen werden trockene oder blutige Schröpfköpfe, Hautreize längs der Wirbelsäule, allgemeine Bäder, kalte Waschungen, wiederholte Abführmittel anzuwenden sein. Belladonna innerlich ist vielleicht nicht ohne Nutzen, wogegen Opiumpräparate verwerflich erscheinen. Endlich können noch erweichende und anodyne Mittel, örtlich angewendet, als nützliche Palliativmittel angesehen werden.

III. Kliniken und Hospitäler.

Kinderkrankenhaus in Paris (Prof. Blache).

Heftiger Veitstanz geheilt durch Kneten und methodische Gymnastik, mitgetheilt von Dr. Blache dem Sohne.

Im Verlaufe von zwei Monaten haben wir in der Abtheilung drei Fälle von sehr heftiger Chorea gehabt, die sehr merkwürdige und ungewöhnliche Erscheinungen dargeboten haben und durch Reibungen, Knetungen und methodische Anwendung der Gymnastik sehr rasch geheilt worden sind. Diese Behandlungsweise verdanken wir dem Hrn. Laisné, Professor der Gymnastik am Kinderhospitale. In seinem Berichte an die Akademie der Medizin (18. Juli 1854) über die Behandlung des Veitstanzes hat Hr. Blache ganz besonders auf die Anwendung als gute Wirkung der passiven Bewegungen bei der genannten Krankheit hingewiesen. Im Jahre 1858 (*Gaz. des Hôpitaux Nr. 7 Janvier)* führt Hr. Parrot zwei Fälle an, wo ein seit mehreren Jahren bestehender mit allen Mitteln vergeblich behandelter Veitstanz durch Gymnastik und Reibungen auf die Glieder geheilt worden ist. Die drei Fälle, die wir hier folgen lassen, zeigen diese gute Wirkung ebenfalls ganz deutlich und dienen zugleich dazu, den praktischen Aerzten einigermassen eine Vorstellung zu geben, wie in den hartnäckigen und rebellischen Formen von Chorea zu verfahren sei.

Erster Fall. Rosa L., 13 Jahre alt, aufgenommen am 17. März 1865 in die Abtheilung des Hrn. Blache im Kinderhospitale. Es ist ein ziemlich kräftiges Mädchen von sonst guter Gesundheit und hat in den ersten Tagen desselben Monates die ersten Anzeichen des Veitstanzes bekommen; sie bestanden in einigen unfreiwilligen Bewegungen im linken Arme, aber sehr schnell gesellte sich eine schmerzhafte Anschwellung des rechten Faust- und rechten Kniegelenkes hinzu. Es war dieses das erste rheumatische Leiden, von dem das Kind je befallen war. Bei der Aufnahme im Hospitale waren diese

Anschwellungen schon nicht mehr vorhanden und die lokalisirte Erregung war in den Armen nicht sehr markirt.

Die Auskultation des Herzens ergab kein pustendes Geräusch und das Allgemeinbefinden war gut. Mehrere Wochen schien die Agitation der Muskeln dieselbe zu bleiben; jedenfalls vermehrte sie sich nicht, aber die Kleine magerte ab und wurde träge und apathisch und bekam den Ausdruck grosser Traurigkeit. Sie erröthete, wenn man zu ihr sprach und fing an zu weinen, wenn man auf Antwort bestand. Kurz, ihr Wesen war ganz umgeändert, so dass alle ihre Bekannten darüber in Verwunderung geriethen.

Am 17. April bekam sie einen heftigen Fieberanfall, auf welchen eine Roseola folgte. Dieser Ausschlag verschwand in zwei Tagen, ohne dass der gewöhnliche Zustand dadurch eine Veränderung erlitt. Die choreische Aufregung schien vielmehr zugenommen zu haben und war im Uebrigen mit grosser Schwäche verbunden. Man wollte sie aufrichten, aber sie konnte sich nicht aufrecht halten, und wenn sie sass, so rutschte sie hinab ohne jeden Versuch, sich zu halten. Seit einiger Zeit sprach sie fast gar nicht mehr, und da sie gar keine willkürliche Bewegung mehr zu machen fähig war, so musste man ihr das Essen einflössen, und bald bemerkte man auch, dass sie nur mit ganz grosser Mühe schlucken konnte.

Am 25. April war es ihr in der That unmöglich geworden, feste Nahrung niederzuschlucken; auch die Flüssigkeiten konnte man ihr nur noch esslöffelweise beibringen und auch dieses musste vorsichtig geschehen, weil sie sonst gleich Husten bekam und ihr die Flüssigkeit zur Nase hinausstürzte. Da bis dahin alle innere Medikation vergeblich gewesen war, so wurde beschlossen, die Kur durch Reibungen und Knetungen zu versuchen.

Am 26. April wurde diese Kur durch den Professor der Gymnastik Hrn. Laisné begonnen. Das Kind lag ausgestreckt auf einer festen Matraze und durch Aufdrücken mit der flachen Hand auf die Muskeln und vorzugsweise auf die Muskeln des Rückens und der Sacro-Lumbarmassen wurde ein Kneten bewirkt; dieses Kneten wurde eine kurze Zeit

fortgesetzt; dann wurden die Seitentheile des Halses und die Kehlkopfsgegend gerieben und die Sterno-Mastoidmuskeln zu gleicher Zeit von oben nach unten und von unten nach oben sanft gekniffen oder geknetet. Fünf Tage hindurch wurden diese Manöver eine Stunde lang wiederholt und führten etwas Besserung herbei. Die krankhafte Agitation der Muskeln schien sich zu mässigen und nach einigen Tagen konnte man nach den Knetungen schon anfangen, einige passive Bewegungen mit dem Kinde vorzunehmen. Das Kind wird hierbei durch den Beistand einiger Gehülfen festgehalten, so dass keine unwillkürliche Bewegungen eintreten können; dann werden die Arme erhoben und mit den Faustgelenken und mit den Vorderarmen eine regelmässige Bewegung in Beugung und in Streckung bewirkt. Dieses wird mehrfach wiederholt und dann werden die gebeugten Arme im Schultergelenke hin und her bewegt, und zwar bald gehoben und bald gesenkt. Mit den Beinen wird auf ähnliche Weise verfahren. Diese Gymnastik wird täglich zweimal vorgenommen und schon nach 8 Tagen war die Dysphagie verschwunden und die Kleine bedeutend gebessert.

Am 3. Mai scheint sie aus ihrer Apathie herauszutreten und kann schon ziemlich gut schlucken. Dieselbe Gymnastik täglich eine Stunde.

Am 9. Mai steht die Kleine auf, kann sich aufrecht halten und einige Schritte gehen. Am 12. geht sie schon im Garten spazieren und nimmt an den gymnastischen Uebungen der übrigen Kinder Antheil. Veitstanzartige Bewegungen sind fast nicht mehr vorhanden, dagegen zeigt der rechte Arm einen gewissen Grad von Lähmung und das rechte Bein wird beim Gehen etwas geschleppt und ist schwächer als das linke.

Das Kneten und die passive Bewegung wird von dieser Zeit an unterlassen und nur die Reibungen werden fortgesetzt, und zwar täglich eine Stunde lang auf den rechten Arm und das rechte Bein. Gymnastik, Schwefelbäder, innerlich Eisen und kräftiger Wein vollenden die Kur. Die Kleine verlässt gekräftigt und gestärkt das Institut.

Zweiter Fall. Louise D., 12 Jahre alt, aufgenommen am 17. Mai 1864 wegen rückfälligen Veitstanzes. Der erste Fall dieser Krankheit kam vor 3 Jahren. In demselben Jahre war sie nach Verlauf von 6 Monaten zum zweiten Male und später zum dritten Male vom Veitstanze ergriffen worden. Die letzten beiden Male wurde sie im Kinderhospitale behandelt und durch Schwefelbäder und Gymnastik schnell geheilt. Dann befand sie sich eine längere Zeit ganz wohl, bis sie Mitte April 1864 ohne wahrnehmbare Ursache von Neuem erkrankte. Die erste Erscheinung bildete ein Zucken im Angesichte, dann zeigten sich Zuckungen in den Gliedmassen, die immer mehr zunahmen, und endlich wurde der Zustand so arg, dass die Kleine wieder in das Hospital gebracht werden musste.

Hier fand man gleich bei der ersten Untersuchung alle Symptome einer allgemein verbreiteten Chorea; alle Gliedmassen und das Antlitz waren in unaufhörlicher Bewegung. Die Kranke war nicht im Stande, die Agitation zu beherrschen, versuchte zu sprechen, aber konnte nicht, sondern brachte nur unzusammenhängende Töne hervor. Sie lachte und weinte ohne Ursache, schnitt fortwährend Gesichter, hatte ganz rothe Augen und Wangen, war aber im Uebrigen vollkommen bleich. Auch die Lippen waren ganz blass; der Puls ziemlich häufig, aber schwach und wegdrückbar. Die Herzschläge tumultuarisch, aber ohne wahrnehmbares Blasengeräusch.

Am 18.: Nacht sehr unruhig, schlaflos. Es wurde nun auch hier dasselbe Verfahren wie im ersten Falle vorgenommen. Die Kleine wurde festgehalten und nach kurzer Zeit wurde das Kneten und das Reiben beinahe eine Stunde lang verübt. Anfänglich kein Erfolg; die choreische Agitation des Kindes war den Tag über sehr bedeutend, aber am Abende wurde das Kneten und Reiben wiederholt und hatte die Wirkung, dass das Kind gleich darauf einschlief und eine ziemlich ruhige Nacht zubrachte.

Am nächsten Morgen war die choreische Agitation wieder da und die Kleine schrie dabei fortwährend laut auf; ihr Puls etwas häufig und sehr schwach; nur mit grosser Mühe konnte sie etwas trinken; man gab ihr kleine Schlacke kräf-

tigen Weines. Kneten und Reiben wie früher eine Stunde lang täglich. Schon nach 3 Tagen konnte man Besserung bemerken; die Kleine wurde ruhiger und man bewirkte nun regelmässige passive Bewegungen mit den einzelnen Gliedmassen, wodurch die Aufmerksamkeit des Kindes einigermassen gefesselt wurde. Kneten, Reibungen und passive Bewegungen wurden noch 8 Tage hintereinander fortgesetzt. Zuerst kam die Sprache wieder, obwohl die Worte nur mit Anstrengung stossweise vorgebracht wurden. Dann wurde das Antlitz ruhiger und die Sprache immer besser. Am 28. konnte das Kind bereits aufstehen und am 31. konnte sie an den gymnastischen Uebungen der übrigen Kinder theilnehmen und wurde am 19. Juni geheilt entlassen. Das Kneten, die Reibungen und die passiven Bewegungen waren nur 15 Tage angewendet worden, um dieses Resultat herbeizuführen.

Dritter Fall. — Margarethe M., $10^1/_2$ Jahre alt, aufgenommen 20. April, verfiel zum ersten Male in einen Veitstanz, dessen Ursache ein starkes Erschrecken gewesen zu sein scheint. Von zarter Körperbeschaffenheit und klein für sein Alter, war das Kind immer gesund gewesen und hatte nie an Rheumatismus gelitten. Der Veitstanz war auch nicht sehr stark und vorzugsweise auf den linken Arm beschränkt. Im Herzen vernahm man ein sehr geringes pustendes Geräusch bei der Systole, sich fortpflanzend bis in die grossen Arterien. Die gewöhnliche Behandlung nützte gar nichts; im Gegentheile verbreitete sich der Veitstanz weiter über den Körper und die Agitation wurde immer stärker. Gegen Ende Mai war bei allgemein verbreiteter Chorea der Charakter des Kindes vollständig umgewandelt; es war ganz theilnahmlos, schweigsam und gleichgültig gegen Alles geworden, was um es her vorging. Dabei war es sehr schwach und konnte nicht allein essen. Sprach man es an, so antwortete es nicht, machte höchstens eine Bewegung mit den Lippen, blickte angstvoll auf und wendete dann wieder den Kopf ab. Von Tage zu Tage nahm die Schwäche zu, die choreische Agitation war jedoch wenig markirt; das Angesicht zeigte jedoch

Zuckungen und Verzerrungen, besonders beim Versuche etwas zu essen, was mit grosser Schwierigkeit vor sich ging.

Am 8. Juni wurde die Kleine der gymnastischen Behandlung unterworfen. Sie begann mit Knetungen, dann mit Reibungen aller Gliedmassen, namentlich aber der Muskeln des Halses. Es wurde dieses die ersten 8. Tage systematisch und mit grosser Sorgfalt vorgenommen und das erste Resultat war die Beseitigung der Dysphagie. Die allgemeine Stumpfheit und Gleichgültigkeit des Kindes blieb aber unverändert; es zeigten sich sogar einige Zuckungen in den Augäpfeln und die damit verbundene bleiche Farbe des Antlitzes, die Verminderung der Sensibilität und die Schwäche und Langsamkeit des Pulses führten zu der Vermuthung, dass ein Gehirnleiden vorhanden sei, und man verordnete deshalb Kalomel in kleinen Gaben, grosse Klystire und eine tonische Mixtur.

Diese Gehirnerscheinungen dauerten vom 8. bis 12. Juni und während dieser ganzen Zeit schien die choreische Agitation verschwunden zu sein. Das Kneten und Reiben wurde aber dennoch methodisch fortgesetzt. Endlich hob sich der Puls und wurde kräftiger und regelmässiger; der Stumpfsinn und die Gleichgültigkeit der Kleinen schien sich zu verlieren und am 20. Juni fing sie wieder an zu sprechen, mehr Theilnahme zu zeigen und ihre Glieder zu bewegen. Die allgemeinen Reibungen wurden fortgesetzt und zugleich passive Bewegungen vorgenommen. Dabei gab man innerlich Eisen und Chinawein und verordnete ferner Schwefelbäder. Das Kind bekam seine Gesundheit vollständig wieder.

Diese drei Fälle sind in der That von Interesse; sie haben Manches mit einander gemeinsam, bieten aber auch Verschiedenheiten dar. Die Apathie, die Störung der Intelligenz, die Dysphagie und der Verlust der Sprache war in allen drei Fällen vorhanden, während die choreischen Zuckungen nicht gerade von grosser Heftigkeit waren. Nur in einem Falle konnte etwas Rheumatismus bestimmt nachgewiesen werden.

Was die Behandlung betrifft, so bilden die tonischen Mittel in der Abtheilung des Herrn Blache die Basis. An

diese Mittel schliessen sich andere, je nach Umständen des Falles, allein die Gymnastik spielt die grösste Rolle. Diese Gymnastik besteht, wie sich aus den mitgetheilten Fällen ergibt, aus methodischer Knetung und Reibung der Muskeln und zwar täglich während einer bestimmten Zeit; ferner aus Gesangübungen und endlich aus regelmässig stattfindenden passiven und später aktiven Bewegungen. Von Wichtigkeit sind die Schwefelbäder, von denen täglich eines zu 28° R. von stündlicher Dauer gegeben wird. Die innerlichen Mittel bestehen, wie bereits angedeutet, in passenden Eisenpräparaten, in Chinawein, eisenhaltigen Mineralwässern, Lindenblüthenthee, Pomeranzenblüthenthee u. s. w. Frische Luft und kräftige Kost unterstützen diese Kur.

Im Allgemeinen ist man mit diesem Kurverfahren jetzt sehr zufrieden.

IV. Gelehrte Gesellschaften und Vereine.

Aus den Verhandlungen der Gesellschaft für praktische Medizin in Paris während der Jahre 1861—64.

1) Gefässmuttermäler, geheilt durch Vaccination.

In der Sitzung am 9. November 1860 berichtet Hr. Legrand, dass er bei einem 4 Monate alten kräftigen, noch nicht vaccinirt gewesenen Kinde die wahrhaft wunderbare Wirkung der Vaccination auf angeborene Gefässmuttermäler gesehen habe. Diese Mäler sassen dem Knaben auf der rechten Hand und waren nach und nach zu einer ziemlich grossen erektilen Geschwulst zusammengetreten. Hr. Broca, der das Kind behandelt und geheilt hat, macht darüber folgende Bemerkung: Bei Kindern, die noch nicht vaccinirt sind, sollte man jedesmal, wo die Stelle es irgend zulässt, auf das vorhandene Muttermaal die Einimpfung der Vaccine machen. Folgt, wie zu erwarten steht, eine gehörige Entzündung und Eiterbildung, so wird auch dadurch bestimmt das Maal be-

seitigt, aber zu diesem Zwecke müssen die Impfstiche möglichst nahe an einander und in angemessener Zahl gemacht werden. Bei dem erwähnten Kinde wurden 24 Impfstiche gemacht, und zwar in ziemlicher Nähe an einander, so dass eine zusammenfliessende Eruption entstand, weil die erektile Geschwulst an ihrem oberen Theile eine Dicke von ungefähr 1 Centimet. hatte und grosse Neigung zeigte, schnell zuzunehmen. Denn 3 Monate vorher war das Maal nur ein kleiner Fleck, der sich mit grosser Schnelligkeit hob und vergrösserte. Will man dergleichen angeborene Gefässmäler durch Vaccination beseitigen, so muss man dafür sorgen, dass auch nicht der kleinste Theil der Thätigkeit der eingeimpften Vaccine sich entzieht. Werden die Einstiche auch noch so vorsichtig gemacht, so bluten sie, aber dieses Bluten ist kein solches Hinderniss für die Wirkung, wie man glauben könnte. In dem erwähnten Falle wenigstens hat es dem Resultate keinen Eintrag gethan, denn obwohl aus jedem Einstiche Blut ausfloss, so hat sich doch immer eine normale Vaccinepustel ergeben und aus allen zusammen bildete sich eine grosse Anschwellung, welche etwas Fieber mit sich führte. Dann folgte ein Schorf, welcher bei seinem Abfalle eine ganz gesunde Wundfläche zurückliess, die keine Spur des erektilen Gefässgewebes mehr enthielt. Das Kind war im Uebrigen wohl und munter. Etwas Spezifisches liegt nach Ansicht eines Mitgliedes nicht in der Wirkung der Vaccine in diesen Fällen, sondern es ist nur die durch sie erregte Entzündung, welcher die Tilgung der erektilen Geschwulst beizumessen ist, und es würde daraus folgen, dass jedes andere Mittel, welches eine kräftige Entzündung zu erzeugen vermag, eben so wirksam ist. Hr. Legrand bestreitet diese Ansicht und Hr. Guersant bemerkt Folgendes: „Ich habe wohl 25 bis 30 Fälle von angeborenen Gefässmälern jährlich zu behandeln, und zwar die verschiedensten Formen und Grössen derselben. Bei Mälern von kleinem Umfange habe ich die Vaccination niemals benutzt, aber bei grösseren und bei solchen, die ein schnelles Wachsthum verrathen, wende ich dieses Mittel schon seit 12 Jahren an und ich bin immer mit dem Resultate zufrieden gewesen. Dass ich sie bei der-

gleichen Mälern von kleinem Umfange nicht anwende, sondern andere Mittel, hat seinen Grund darin, dass ich möglichst unangenehme Narbenbildungen vermeiden will, die doch bei einer wirksamen Vaccination nicht ausbleiben. Die Mittel, die man wählt, müssen solche sein, welche am wenigsten im Stande sind, Erysipelas zu erzeugen. Dahin gehören die Unterbindung, die Einlegung feiner Haarseile und die Aetzmittel. Wenn ich es irgend kann, so gebrauche ich eine weissglühend gemachte Nadel, die ich vom Rande aus in die Masse hineinschiebe." Auch Hr. Gu. ist der Meinung, dass die Vaccine hier nicht spezifisch, sondern nur durch Entzündung wirkt. Es werden von anderen Mitgliedern noch mehrere Aetzmittel zur Beseitigung erektiler Geschwülste empfohlen, so z. B. von Terrier eine kräftige Sublimatlösung, eine Art Freiberg'scher Solution, von einem Anderen die Salpetersäure, welche so angewendet werden soll, dass man ein damit getränktes Stückchen Schwamm auf das Maal legt und es daselbst die Nacht über erhält. Auch Hr. Guersant lobt die Salpetersäure.

2) Einfluss einer zu starken Ernährung bei neugeborenen Kindern.

Eine Frau wurde nach 48stündigen Wehen glücklich von Zwillingen entbunden, und zwar von zwei Knaben, von denen der Erstgeborene ganz bläulich aussah und asphyktisch zu werden schien, aber unter den angewendeten Mitteln sich bald erholte, während der Zweitgeborene stärker und kräftiger aussah. Jener behielt den Fehler, dass er in den ersten 8—10 Tagen durchaus keine Nahrung vertragen konnte; er erbrach Alles, was man ihm eingab, selbst die dünnsten Flüssigkeiten. Nur ein wenig schwachen Lindenblüthen- oder Fenchelthee mit Zusatz von einem Tropfen Milch behielt er bei sich und unter dieser Art Entziehungskur erholte er sich und wurde bald so kräftig und stark wie sein Bruder. Dann wurden beide Kinder einer Amme übergeben, welche sie auf gleiche Weise ernährte, bis der Aelteste von Gastro-Enteritis und Stomatitis befallen wurde. Bald darauf wurde auch der zweite Knabe ebenso ergriffen und es wurde beiden Kindern

nichts weiter verordnet als eine Art Entziehungskur; sie bekamen weiter nichts als schwache Flüssigkeiten, welche nur ein wenig mit Milch versetzt waren. Hr. Caron, welcher diesen Fall erzählt, gründet darauf einige Bemerkungen, welche darauf hinzielen, die Nothwendigkeit einer streng geordneten Ernährung schon bei Neugeborenen darzuthun.

3) Behandlung der erektilen Geschwülste (Gefässmäler) durch Kauterisation nach Vaccination.

Herr Legrand erinnert an das Kind, bei welchem gegen ein Gefässmuttermaal (angeborene erektile Geschwulst) die Vaccination angewendet worden ist. Broca hatte 24 Impfstiche gemacht; das Resultat war zwar befriedigend, aber doch nicht ganz vollständig, und es blieben immer noch einige rothe Punkte, welche nach dem Abfallen des Schorfes im Laufe von 3 Wochen wieder grösser wurden und an Fülle zunahmen. Es wurde nun die Wiener Aetzpaste angewendet und zwar nicht bloss auf die kranke Stelle, sondern auch etwas weiter hinaus auf die gesunde Haut. Der Schmerz, den das Kind dabei empfand, war gering, und der Brandschorf, der sich darauf bildete, fiel nach einem Monate erst ab, und es ist darauf vollständige Heilung eingetreten. Mehrere Mitglieder sind aber gegen die Anwendung des Aetzmittels, weil dabei ein sehr gefährliches Erysipelas entstehen kann, was bei dem Gebrauche der von Guersant empfohlenen weissglühenden Nadeln, die man in den Tumor einsenken soll, nicht zu besorgen ist.

4) Ueber die Skrophulosis und deren Bedeutung und Behandlung.

Herr Caron hält über diesen Gegenstand einen sehr langen Vortrag, den er, noch weiter ausgearbeitet, inzwischen als besonderes Werk veröffentlicht hat. Er definirt die Skrophulosis als eine mehr oder weniger tiefgreifende schlechte Beschaffenheit des Blutes, welche sich durch eine Reihe spezifischer Erscheinungen kundthut, die nach der Natur des ergriffenen Organes verschieden sich gestalten. Diese schlechte Beschaffenheit des Blutes kann angeboren oder erlangt sein.

Der Hauptgrund besteht in einer schlechten Blutbereitung; welche theils in der Thätigkeit des Blutbereitungsapparates selbst, theils in der schlechten Ernährung ihren Grund hat. In diesen Ansichten liegt durchaus nichts Neues und auch durchaus nichts Belehrendes und wir können deshalb darüber und auch über die unfruchtbare Diskussion, die sich daran knüpfte, hinweggehen.

5) Behandlung des Mastdarmvorfalles bei Kindern durch subkutane Einspritzung von Strychninsulphat.

Der Mastdarmvorfall bei Kindern ist im Allgemeinen wohl ein lästiges, aber kein sehr ernstes Uebel, und wenn keine Komplikation vorhanden ist, so kann man, wie Hr. Foucher bemerkt, eine gründliche Heilung erlangen, ohne zu einer Operation Zuflucht nehmen zu müssen. Man hat in solchen Fällen von der Anwendung adstringirender Flüssigkeiten gute Erfolge erlangt. Auch die Kompression der Aftergegend mittelst eines geeigneten Apparates, ferner die Einführung von sogenannten Stuhlzäpfchen, die mit einer adstringirenden Mischung bestrichen sind, sollen auch gute Erfolge gehabt haben. Indessen kommen doch Fälle vor, selbst bei Kindern, wo diese Mittel gar keine oder nur sehr spärliche Hülfe zu bringen vermögen. Dann bleibt zur Bekämpfung des Mastdarmvorfalles nichts übrig als ein operativer Eingriff, nämlich die Ausschneidung der die Afteröffnung umgebenden Strahlen nach Dupuytren. Man hat dann aber auch an Mittel gedacht, welche gegen die Hauptursache des Mastdarmvorfalles, nämlich den Mangel an Kontraktion des Afterschliessmuskels, wirken sollen. Zu diesem Zwecke hat Guersant die Kauterisation empfohlen, welche auch noch die Nebenwirkung hat, die vorgefallene Mastdarmschleimhaut ganz oder theilweise zu zerstören. Man setzt ein kleines geknöpftes Glüheisen an vier Stellen des Afterrandes so auf, dass sie gleichsam ein Kreuz bilden. Die Kauterisationen müssen etwas tief gemacht werden, wenn Heilung erlangt werden soll. In späterer Zeit hat Duchenne den Afterschliessmuskel faradaysirt und nach zehn Sitzungen unschlose der

Sphinkter den eingeführten Finger sehr stark; es scheint aber, dass der Kranke mit der Behandlung nicht sehr zufrieden gewesen ist, denn er verliess plötzlich das Institut. Von deutschen Aerzten ist die Nux vomica viel gegen Mastdarmvorfall innerlich angewendet worden; Schwartz hat vierstündlich bis zu 15 Tropfen der Tinktur gegeben und Heilung erlangt. Endermatisch hat Hr. Duchaussoy das Strychnin angewendet. Zu diesem Behufe macht er ein ganz kleines Kügelchen von Watte, taucht dasselbe in kaustisches Ammoniak und bildet zwei kleine Vesikatorien, nämlich eines am unteren Theile der unteren Furche und das andere schräg gegenüber an der Wurzel des Dammes in der Gegend der Afteröffnung; diese entblössten Stellen bepudert er Anfangs mit 1 Centigr., dann mit 2 Centigr. Strychnin.

„Vor etwa 2 Jahren hatte auch ich", fügt Hr. Foucher hinzu, ein an Mastdarmvorfall seit langer Zeit leidendes Kind zu behandeln; ich dachte an die Anwendung von Mitteln, welche darauf hinzielen, die Muskeln zur Zusammenziehung zu reizen, als ich die schönen beiden Erfolge kennen lernte, welche Büdner mit der subkutanen Injektion nach der Wood'schen Methode erreicht hatte. Um dieses Verfahren anzuwenden, kam es mir darauf an, das Strychnin direkt auf die Fasern des Afterschliessmuskels zu bringen."

„Mein erster Fall betraf ein 4 Jahre altes Mädchen, welches schon seit vielen Monaten an Vorfall der Mastdarmschleimhaut litt. Es hatte täglich drei- bis viermal einen halbflüssigen Durchfall, wobei sich jedesmal eine grosse Wulst der Mastdarmschleimhaut ausserhalb des Afters bildete. Wurde gleich auf der Stelle diese Masse zurückgedrückt, so war kein Widerstand zu bemerken. Wenn aber 15 Minuten vergangen waren, so war die vorgefallene Schleimhaut vom After eingeklemmt, dunkelroth und konnte nur mit grossen Schmerzen reduzirt werden. Eine Auflösung von 20 Centigr. schwefelsauren Strychnins in 20 Grammen destillirten Wassers wurde bereitet und davon wurde die feine Pravaz'sche Stichspritze mit 10 Tropfen gefüllt und diese in der Richtung des Schliessmuskels, etwa 1 Centimet. vom After entfernt, eingesenkt. Nachdem auf diese Weise die subkutane Einspritzung bewirkt

worden, that man während dieses Tages nichts weiter; das Kind selbst blieb ganz wohl, ass wie gewöhnlich und hatte bei drei Stuhlgängen nur ein einziges Mal einen Vorfall. Am Tage darauf kein Vorfall; am nächstfolgenden Tage nur einmal einen Vorfall in 24 Stunden. Jetzt wird eine zweite subkutane Injektion gemacht und zwar von 14 Tropfen der Strychninlösung. Vo da an kein Vorfall mehr und nachdem das Kind noch 6 Wochen beobachtet worden und Alles gut blieb, wurde es weggeschickt."

„Ein zweiter Fall, der mir vor Kurzem vorkam, zeigt eben solchen guten Erfolg. Dieser Fall betraf einen 3 Jahre alten Knaben, welcher seit länger als 2 Monaten an Mastdarmvorfall gelitten hatte. Bei jedem Stuhlgange bildete die Darmschleimhaut ausserhalb des Afters eine dicke bläulichrothe Wulst. Die Reduktion ist Anfangs leicht, wird aber immer beschwerlicher. Sehr viele Mittel sind vergeblich angewendet worden. Eine subkutane Injektion von 12 Tropfen derselben Strychninlösung wurde vorgenommen und hatte die unmittelbare Folge, dass von da an der Afterschliessmuskel sich kräftiger zusammenzog und der Vorfall nicht mehr eintrat. Zu bemerken ist, dass die Injektion selbst fast ganz schmerzlos ist, und dass keine allgemeine Erscheinungen in den bisher beobachteten Fällen vorgekommen sind."

Hr. Foucher ist Arzt am Findelhause und sein Kollege an dieser Anstalt, Hr. Dolbeau, hat dieselben guten Erfolge in zwei Fällen gewonnen. In dem einen Falle, wo der Mastdarmvorfall seit 2 Jahren bestand, genügten zwei Injektionen, jede von 10 Tropfen der Strychninlösung, in einem Zwischenraume von 3 Tagen, dauernde Heilung zu bewirken. In dem anderen Falle bei einem 5 Jahre alten Knaben, wo alle Mittel, selbst Elektrizität, vergeblich gewesen waren, genügte sogar eine einzige Injektion von 11 Tropfen.

6) Kauterisationen gegen unfreiwilligen Urinabgang.

Der unfreiwillige Abgang des Urines oder das nächtliche Bettpissen setzt den Arzt, der um Rath angegangen wird, oft in Verlegenheit, und nachdem man erkannt hat, dass es eine

Krankheit ist und nicht eine Unart, so hat man verschiedene Mittel und Verfahrungsweisen empfohlen, welche aber nicht immer von gutem Erfolge gewesen sind. Hr. Dupertuis bemerkte bei Gelegenheit einer in der Gesellschaft vorgekommenen Diskussion über Abortivbehandlung des Trippers mittelst der Anwendung von Höllenstein, dass er bei einem jungen Menschen, welcher an unfreiwilligem Harnabgange gelitten und dann einen Tripper bekommen hatte, durch Höllensteineinspritzungen beide zugleich heilte. Dieses brachte ihn auf den Gedanken, bei einem jungen Mädchen, welches seit seiner Kindheit an Inkontinenz des Urines litt und alle möglichen Mittel vergebens gebraucht hatte, die Harnröhre mit Höllenstein zu kauterisiren. Der Erfolg war ganz nach Wunsch und seitdem hat er dieses Mittel gegen das genannte Uebel häufig angewendet und immer ein gutes Resultat gewonnen. Hr. Mallez macht darauf aufmerksam, dass dieses Verfahren schon seit Lallemand bekannt ist. Er selbst verfährt schon lange gegen Inkontinenz des Urines in folgender Weise: Er führt einen elastischen Katheter durch die Harnröhre in die Blase ein und injizirt in dieselbe eine Auflösung von 2 bis 3 Centigr. Höllenstein in 45 Gr. Wasser. Die Kauterisation des Blasenhalses hält er für nothwendig, um das Resultat zu sichern. Hr. Bossu rühmt Pillen aus kohlensaurem Eisen und Mutterkorn gegen das genannte Uebel, aber Hr. Bouchut bemerkt, dass er diese Grimaud'schen Pillen ebenfalls versucht, aber kein gutes Resultat damit erlangt habe *).

*) Wir haben von folgendem Verfahren stets guten Erfolg gehabt. Wir nehmen eine etwas dünne Kautschukbougie und bestreichen dieselbe mit einer möglichst konzentrirten Auflösung von Höllenstein, wozu etwas arabisches Gummi gesetzt wird, um eine Art Liniment zu bilden. Das mit diesem Linimente bestrichene Instrument lassen wir an einem dunklen Orte trocknen, führen es dann durch die Harnröhre bis in die Blase und lassen es etwa 10 Minuten liegen. Wenn wir es wieder herausziehen, ist der ganze Ueberzug des Instrumentes abgeweicht und die ganze Harnröhre ist bis zum Blasenhalse

7) Ueber die Sterblichkeit der Neugeborenen und über die Mittel, sie zu vermindern.

Ein Herr Symian aus Cluny hat eine Arbeit eingesendet unter dem Titel: Ueber die Ortsverlegung der dem öffentlichen Beistande zufallenden Kinder und über deren nachtheiligen Einfluss auf ihre Gesundheit. Ueber diese Arbeit wurde von Hrn. Caron Bericht abgestattet. In Frankreich sind in der Regel Findelhäuser und Waisenhäuser nur Durchgangsstationen, wo die kleinen Kinder nur eine kurze Zeit verbleiben, bis ihr Gesundheitszustand festgestellt ist und bis sie vaccinirt sind. Dann werden sie auf's Land in Pflege gegeben und die Aufsicht über diese Pflegekinder ist in bestimmter Weise geordnet. Wir bedauern, dass wir weder von der Arbeit, von der hier die Rede ist, noch von dem von Hrn. Caron abgestatteten Berichte irgend eine Mittheilung empfangen haben. Nur die Ueberschrift: „*Du deplacement des enfants assistés*" lässt das Gesagte vermuthen, da unter dem letzteren Ausdrucke alle die hülflosen, der Sorge der Kommune anheimfallenden Kinder verstanden werden. Wir haben hier nur einige Bemerkungen zu notiren, welche Hr. Mattei über eine der Hauptursachen der Sterblichkeit, nämlich über den nachtheiligen Einfluss der Kälte auf das Leben der Neugeborenen, hat. Schon bei der Geburt tritt das Kind in ein viel kälteres Medium, als ihm im Leibe der Mutter (34 bis 35° C.) zu Theil geworden war. Je grösser diese Differenz ist, desto stärker muss das Gefühl von Kälte sein, welches das kleine Wesen empfindet, und Hr. M. glaubt, dass das erste Schreien desselben ein Ausdruck dieser Empfindung ist. Von Einigen ist angenommen, dass die sich neugestaltende Respiration durch die Lungen dem Kinde die Fähigkeit gibt, durch eigene Wärme der äusseren Temperaturvermin-

---

hinein kauterisirt. Dieses Verfahren ist anwendbar bei Mädchen und bei Knaben und der Erfolg ist nach einmaliger, höchstens nach zweimaliger Anwendung ein ganz sicherer. Es folgt etwas Entzündung der Harnröhre, dann ein geringer Schleimfluss und darauf vollständige Heilung. (Behrend.)

derung mehr zu widerstehen. Die Versuche von Milne-Edwards u. A. haben aber das Gegentheil bewiesen. Das neugeborene Kind, wie jedes neugeborene Thier, bedarf der Zufuhr der Wärme von Aussen, und die Art und Weise, wie die Thiere, welche im Winter oder der ersten Zeit des Frühlings Junge werfen, ihr Lager sich bereiten und es warm zu halten suchen, beweist dieses hinlänglich. Bei neugeborenen Kindern genügen in der Regel die wärmsten Bedeckungen nicht, die nöthige Temperatur zu sichern. Höchstens hindern sie die Ausstrahlung der Wärme etwas besser als schlechtere Decken. Da das neugeborene Kind selbst nicht Wärme genug erzeugen kann, so wird es unter den besten Decken immer kühl bleiben und natürlich, je kälter die umgebende Luft ist, desto mehr der Erkältung ausgesetzt sein. Durchaus nöthig ist bei allen neugeborenen Kindern die Zuführung von äusserer Wärme durch eingelegte Wärmflaschen oder Kruken. — Die Statistik erweist, dass die Sterblichkeit der neugeborenen Kinder im Winter grösser ist als im Sommer und Hr. M. schreibt einen grossen Theil dieser Schuld dem in Frankreich üblichen Gebrauche zu, jedes neugeborene Kind zur Einregistrirung in die Mairie und behufs der Taufe in die Kirche tragen zu lassen, wodurch sehr häufig Erkältung herbeigeführt wird. Das beste Erwärmungsmittel für die kleinen Kinder bleibt das, was die Natur gebietet, nämlich die Aufnahme und Schützung desselben an dem Busen der Mutter, namentlich während der Nacht, und es findet sich dieses Verhalten fast überall in der Thierwelt bei den sogenannten warmblutigen Thieren. Man kann überzeugt sein, meint Hr. M., dass, wenn zarte Säuglinge die Nächte durch grösstentheils schreien und wimmern und sich nicht eher beruhigen, als bis die Mutter oder die Amme sie zu sich genommen und an die Brust gelegt haben, ohne dass sich ein Bedürfniss zum Saugen bei jenen kundthut, nicht Unart oder Verwöhnung zum Grunde liegt, wie Viele glauben, sondern das Gefühl des Kaltwerdens und das Verlangen nach Erwärmung. Man sollte gerade dafür sorgen, dass das kleine Kind die Nacht hindurch Aufnahme im Bette der Mutter oder der Amme findet. Die Möglichkeit, dass dasselbe von dieser im Schlafe erdrückt werde, dürfe

nach der Meinung des Hrn. M. nicht abhalten, da ein solches Ereigniss höchst selten ist, namentlich bei der eigenen Mutter des Kindes, welche selbst bei grösster Ermüdung durch ihre instinktmässige Liebe wach erhalten wird. Hr. M. ist überzeugt, dass durch diese einfache Maassregel die Sterblichkeit der zarten Säuglinge bedeutend vermindert werden würde, und dass die äusserst seltenen Fälle von Erdrückung eines Kindes durch die in festen Schlaf gerathene Mutter dagegen gar nicht in Betracht kommen. Man könne ja auch allenfalls das kleine Kind nicht in das Bett der Mutter, sondern auf daselbe lagern, um es mehr zu schützen.

In der an diese Mittheilung geknüpften Diskussion bemerkt Hr. Caron, dass er sich der eben gehörten Ansicht nicht anschliessen könne, da er mehrere Fälle von Erdrückung des Kindes durch die eingeschlafene Mutter erlebt habe; werde das Kind auf das Bett der Mutter gelagert und nicht in dasselbe, so sei es gegen diesen Zufall nicht viel besser geschützt und erhalte doch nicht mehr Wärme als im eigenen wohlversorgten Lager.

8) Ein Fall von Meningitis cerebro-spinalis.

Herr Corlieu theilt folgenden Fall mit: Ein 13jähriger Knabe in einer Gegend am Ufer der Marne wohnhaft, wo Rheumatismen sehr häufig sind, hatte am 15. Dezember Kopfschmerz und galliges Erbrechen, und legte sich am 19. zu Bette. Am 20. Morgens erbrach er Alles, was er genass und verfiel in einen komatösen Zutand, der den ganzen Tag dauerte, ohne dass sich irgendwo Starrheit der Muskeln zeigte. Athmung ruhig, Puls 84. Sehr laut angesprochen, antwortete der Knabe, aber sehr undeutlich, und klagte über den Kopf. Verordnet: Senfteige auf die Waden, ein Bad und ein Aderlass von 200 Grammen. Am Abende ist der Kranke zum Bewusstsein gekommen und klagt über Kopf- und Lendenschmerz. Wegen vorhandener Verstopfung ein Klystir und dann eine kräftige Dosis Kalomel.

Am 21.: Derselbe Schmerz; Gesicht sehr bleich; Zunge feucht, kein Appetit, aber auch kein Erbrechen mehr; der Unterleib schmerzhaft beim Drucke. Sonst kein Ausschlag auf

der Haut und auch keine Röthung derselben nach dem Drucke des Fingers; Urin hell; Puls 84; kein Stuhlgang. Verordnet: ein kräftigeres Klystir, ferner eine beruhigende Potion mit etwas Opiumextrakt und Hoffmannstropfen. Die Schmerzen nehmen darauf ab und es tritt Schlaf ein.

Am 22.: Der Schmerz ist wieder da, Puls 100 und hart; Antlitz etwas bläulich, hartnäckige Verstopfung. Verordnet: ein Aderlass von 200 Grammen (Blut sehr pleuritisch); Kalomel, ferner ein Sennaaufguss.

Am 23.: Etwas Besserung; Zunge schleimig belegt, Athem übelriechend, Urin mit Bodensatz. Verordnet: doppeltkohlensaures Natron.

Am 24.: Kontraktion der Gesichtsmuskeln, der Mund nach rechts gezogen, Strabismus, Doppelsehen, Erweiterung der Pupillen, erschwertes Schlingen, Zähneknirschen, Kopf etwas hintenüber gezogen. Verordnet: Bäder und abführende Klystire.

Dieser Zustand dauerte bis zum 28.; fortwährend Kopf- und Lendenschmerzen und hartnäckige Verstopfung, wogegen Kalomel mit und ohne Jalapa nichts half, wohl aber Rizinusöl, worauf reichliche Ausleerung folgte. Dann zeigte sich plötzlich ein herpetischer Ausschlag am Munde, in der Gegend der linken Parotis, auf dem rechten Arme und dem linken Oberschenkel. Kein Erbrechen mehr, Athmung immer ruhig, Puls 76 bis 80.

Am 29.: Die Schmerzen kamen am Nachmittage heftiger wieder; sind stechend, Verstopfung wieder hartnäckig. Verordnet: Kalomel und abführende Klystire. Die Schmerzen beruhigen sich etwas, aber die Verstopfung gibt sich nicht und man reicht Rizinusöl, welches jedoch ausgebrochen wird. Man verordnet jetzt Akonittinktur zu 10 bis 15 Tropfen Morgens und Abends.

Am 1. Jan. 1862 sind noch immer die heftigsten Lendenschmerzen vorhanden, und es wird eine Einreibung von 100 Gr. Balsam. tranquillans mit Chloroform und etwas Opiumtinktur verordnet.

Am 2. gegen Abend: Die Lendenschmerzen sind äusserst heftig, erstrecken sich längs der Wirbelsäule bis zum Nacken,

so dass der Kranke fortwährend schreit und sich mehrmals erbricht; die Verstopfung hartnäckig. Verordnet: ein Klystir von Sennaaufguss mit schwefelsaurer Magnesia und innerlich eine beruhigende Potion mit etwas Opiumextrakt. Obwohl die Schmerzen bis dahin nichts Periodisches hatten, so wurde doch, als ein Nachlass eintrat, eine Dosis Chinin gegeben.

Am folgenden und an den nächsten Tagen kamen die Schmerzen regelmässig wieder, aber immer einige Stunden nachsetzend. Das schwefelsaure Chinin wurde weiter gegeben, dabei Rizinusöl, und auf die Lumbargegend wurde ein grosses Blasenpflaster gelegt. Da aber die Schmerzen sich nicht beruhigten, so wurde täglich nach jedem Anfalle das Chinin zu $^1/_2$ bis $^3/_4$ Grammen im Klystir gegeben. Seitdem bis zum 8. Januar kamen die Schmerzen immer noch wieder; sie begannen fast regelmässig um 3 Uhr Morgens und dauerten bis 9 Uhr. Sie schienen weniger heftig zu sein, aber waren immer noch so stark, dass der Kranke alle 8 bis 10 Minuten laut aufschrie. Sie begannen immer im Nacken und erstreckten sich bis zur Lendengegend. Dabei wurde jedesmal der Kopf hintenüber gezogen, jedoch ohne Starrheit der Muskeln und ohne Hyperästhesie der Haut. Nur etwas Schleim sammelte sich an und die Nase wurde trocken. Frösteln ging den Anfällen nicht voraus, aber gegen Ende derselben zeigte sich Schweiss zuerst am Kopfe und dann am ganzen Körper. Athmung und Puls blieben während der Anfälle regelmässig. Urin klar, nicht reichlich, nicht eiweisshaltig.

In der Zwischenzeit zwischen den Anfällen war das Kind bleich, matt, hatte einen schweren Kopf und lag ganz still, aus Furcht, den Anfall zu erwecken; es trank begierig Milch oder Brühe, aber die Verstopfung blieb hartnäckig. Verordnet, wie früher, abführende Klystire und Chinin.

Die Anfälle wiederholten sich, um einige Stunden vorgreifend, bis zum 11. Jan., schienen jedoch weniger heftig zu sein. Am 11. kein Anfall, aber immer noch Verstopfung. Am 12. ein heftiger Anfall um 5 Uhr Morgens und am Ende des Anfalles starker Schweiss. Am 13. kein Anfall, am 14. der letzte Anfall um 6 Uhr Morgens. Am 15. nur noch herumschweifende Schmerzen, ohne dass sich von da an ein

neuer Anfall einstellte. Gegeben wurde bis dahin immer Kalomel mit Jalapenharz, Chinin und öfter ein abführendes Klystir.

Vom 16. an Besserung. Die Zunge reinigt sich, Appetit und Schlaf stellen sich ein. Die Verstopfung muss immer noch durch abführende Klystire bekämpft werden. Das schwefelsaure Chinin wird weiter gegeben. Am 19. noch einmal ein leichter Anfall von Kopfschmerz und am 21. beginnt die volle Genesung des sehr bleichen und abgemagerten Knaben.

Wir haben hier ein charakteristisches Bild der in neuester Zeit mehrfach erwähnten furchtbaren Krankheit, welche man Meningitis cerebro-spinalis oder auch akuten Genickkrampf genannt hat, und von der gesagt ist, dass sie zuerst in Amerika und dann hier und da bei uns in Europa epidemisch aufgetreten. In diesem Falle ist die Krankheit glücklich abgelaufen; in sehr vielen Fällen aber hat sie sich tödtlich erwiesen. Ganz eigenthümliche Züge dieses Krankheitsbildes gewähren die Schmerzen längs der Wirbelsäule, der Genickkrampf, wodurch der Kopf hintenüber gezogen wird, und das Hervortreten der Anfälle mit ihren Nachlässen. Ob diese Anfälle wirklich periodisch gekommen seien, ist in dem hier mitgetheilten Falle eigentlich zweifelhaft; volle Intermissionen sind nicht vorhanden gewesen, sondern nur Remissionen. Das Chinin ist in grossen Mengen innerlich sowohl als in Klystiren beigebracht worden, aber es lässt sich auch nicht sagen, welche Wirkung ihm in diesem Falle beizumessen sei. Die Diagnose ist offenbar nicht schwierig, da die Schmerzanfälle, die längs der Wirbelsäule bis zum Kopfe sich erstrecken, die Krankheit von der gewöhnlichen Meningitis, für welche Symptome genug vorhanden sind, sich unterscheidet. In den bisher beobachteten Fällen haben diese eigenthümlichen Schmerzanfälle, welche den Kranken zu lebhaftem Aufschreien zwingen, und bei denen der Kopf hintenüber gezogen wird, niemals gefehlt. Das epidemische Auftreten der Krankheit schliesst nicht aus, dass sie auch bisweilen sporadisch vorkommt. In Fällen, wo der Ausgang ein so glücklicher war, als in dem hier mitgetheilten, hat sich eine Art Krise gezeigt, wie z. B. ein herpeti-

scher Ausschlag um den Mund oder auf den Lippen, oder ein eiterartiger Ausfluss aus der bis dahin trockenen Nase.

Bis jetzt ist noch Vieles dunkel in dieser furchtbaren Krankheit, da auch der Leichenbefund bis jetzt nicht viel Charakteristisches ergeben hat. Man fand höchstens die Erscheinungen der Kongestion nach den Gehirnhäuten, bisweilen etwas Erguss, aber bisweilen wurde auch gar nichts im Gehirne oder Rückenmarke gefunden, was Aufschluss über die Krankheit geben konnte, und während Einige sie ganz entschieden für eine rheumatische Entzündung der Gehirn- und Rückenmarkshäute halten, erklären Andere sie für eine blosse Neurose, die nichts weiter sein soll als ein larvirtes Wechselfieber, welches in diesen schrecklichen Anfällen sich äussert. In Frankreich ist die Krankheit in mehreren Gegenden epidemisch aufgetreten und hat sich mit verschiedener Heftigkeit geäussert, und man ist mit der Behandlung eben so wenig in's Klare gekommen als mit der Erkenntniss ihrer eigentlichen Natur. Sehr viele Opfer sind ihr gefallen, nicht nur in der Kinderwelt, sondern auch im jugendlichen Alter, und besonders bei den jungen Soldaten, die eben in Dienst getreten waren. Bei Letzteren wurde in den Lazarethen meist ein antiphlogistisches Verfahren eingeschlagen und mit Beharrlichkeit fortgesetzt, aber man erkannte bald, dass man damit nicht weit kam, und man gebrauchte dann auch der Reihe nach kräftige Revulsivmittel, dann Opiate, dann schweisstreibende Mittel, dann das Chinin in den verschiedensten Formen, aber niemals mit durchgreifendem Erfolge, und man sah sich zuletzt genöthigt, nach Verschiedenheit jedes einzelnen Falles verschieden zu verfahren. Man griff dann, je nach Umständen, zu Blutentziehungen, zu Umschlägen, zu kräftigeren Ableitungsmitteln, zum Kalomel, zum Chinin, zu Abführmitteln, zu Opiaten u. s. w. In Avignon will Forget vom Opium, das er zu 30 bis 40 Centigr. täglich gab, den besten Erfolg gehabt haben. Bei allen anderen Behandlungsweisen waren die Kranken gestorben; das Opium, behauptet er, hat viele gerettet, indem es durch seine beruhigende Wirkung die furchtbaren erschöpfenden Anfälle nicht aufkommen liess.

Wir werden Gelegenheit haben, in dieser unserer Zeitschrift auf diese entsetzliche neue Krankheit, die uns hier auch schon heimzusuchen droht, wiederholt zurückzukommen.

9) Einige Bemerkungen über die gute Wirkung des Ammonium aceticum gegen den Krup.

Hr. Fabre empfiehlt dieses Mittel ganz besonders und führt einige Fälle an, in denen dasselbe gut gewirkt hat. Einem 3 bis 4 Jahre alten schmächtigen und zarten Kinde, bei welchem Diphtheritis und Krup ausgebildet waren, gab er viertelstündlich 4 Gr. essigsauren Ammoniak in einem Säftchen; später wurde die Dosis auf 6 Gr. erhöht. Nach und nach verloren sich die Erscheinungen und volle Heilung trat ein. Denselben guten Erfolg zeigte das Mittel bei einem 5 Jahre alten Kinde. Dieses Mittel verdient näher geprüft zu werden, obgleich vorauszusehen ist, dass es nicht mehr leisten werde wie Natron bicarbonicum, Kali chloricum und andere Alkalien, die empfohlen worden sind, und Hr. Gueraant ist der Meinung, dass, wenn die Diphtheritis sich als sehr ausgebreitet erweist, gar kein Mittel Rettung zu bringen im Stande ist.

10) Weisse Geschwulst des linken Fussgelenkes, Karies des Fersenbeines, Heilung nach langem Gebrauche von Goldoxyd und Nussblätterpräparaten.

Ein 8 bis 10 Jahre alter Knabe mit bedeutender Krümmung der Wirbelsäule bekam eine Anschwellung des linken Tibiotarsalgelenkes, wozu sich dann Fisteln gesellten, welche deutlich erwiesen, dass das Calcaneum von Karies befallen war. Jodkali und verschiedene andere Mittel waren vergeblich benutzt worden, und man hatte schon die Absicht, zur Amputation zu schreiten. Da übernahm Hr. Legrand die Behandlung und gab das Goldoxyd in Verbindung mit Nussbaumblätterextrakt und blieb beharrlich bei diesen Mitteln, obwohl Anfangs der Zustand sich eher zu verschlechtern als zu bessern schien. Die Besserung blieb dann aber konstant, die kariösen Stellen des Fersenbeines stiessen sich ab, die Fisteln heilten, und nach ungefähr 2 Jahren war das Glied

wieder ganz gut im Stande. Es ist nicht angegeben, in welcher Dosis das Goldoxyd dargereicht worden ist, und viele Anwesende bezweifeln die Schlussfolgerung, dass das Gold die Heilung bewirkt habe, ja bezweifeln sogar, dass überhaupt dauernde Heilung geschehen sei.

11) Praktische Betrachtungen über das Säugen der Frauen.

Hr. Caron sagt, er wolle mit Prof. Trousseau zugeben, dass Umstände stattfinden können, in welchen eine Mutter nicht im Stande ist, ihr eigenes Kind zu säugen, aber er müsse doch behaupten, dass das viel seltener der Fall sei, als in unserem städtischen Leben gar gerne angenommen wird. Abgesehen von wirklicher Unlust, dieses mütterliche Geschäft ordentlich zu versehen, von Sucht nach Zerstreuungen, von äusseren Abhaltungen, denen sich die Mutter nicht entziehen kann oder will, abgesehen also von vielen äusseren Momenten, die in unseren verkünstelten Verhältnissen liegen und die das Säugegeschäft stören oder hindern, liegt auch nicht selten die Ursache darin, dass die junge Mutter mit dem Geschäfte gar nicht zu Stande kommen kann, weil sie sehr ungeschickt sich dabei benimmt; bald weiss sie nicht gehörig dem Kinde die Brust zu reichen, bald vermag dieses die Brustwarze nicht zu fassen; bald kommt die Milch nicht, bald fliesst sie zu stark zu, bald gibt es Schmerzen und allerlei Aufregungen, und zuletzt wird die junge Frau müde und verzagt, und aus Mitleid mit dem Kinde wird nach einer Amme gesucht und die ganz gute Milch der eigenen Mutter muss versiegen. Man müsste also jedenfalls dafür sorgen, eine junge Frau, die zum ersten Male geboren hat und deren ernste Absicht es ist, ihr Kind selbst zu säugen, ganz genau zu unterrichten, wie sie es zu machen habe, und das müsste den Tanten und Muhmen nicht allein überlassen bleiben, sondern von Seiten des Arztes oder der Hebamme besorgt werden. Wird eine Amme angenommen, so liegt der grosse Nachtheil für das Kind darin, dass die Milch der ersteren fast niemals dem Alter des letzteren entspricht, namentlich wenn die Amme bald nach der Geburt des Kindes für das-

selbe herbeigeholt wird, während die Milch der eigenen Mutter von Woche zu Woche nach dem Bedürfnisse des Kindes sich gestaltet. Bei der Wahl einer Amme muss demnach nicht bloss auf deren Konstitution und Gesundheit und auf deren Milchreichthum gesehen werden, sondern man muss auch das Alter ihrer Milch mit dem Alter des Kindes, welches sie zu säugen bekommt, vergleichen und jede zu grosse Differenz möglichst vermeiden. Ist eine Amme angenommen, so muss auch die Menge der Milch, welche dem Kinde zu gewähren sei, oder, mit anderen Worten, wie lange und wie oft sie das Kind an die Brust zu legen habe, von Seiten des Arztes genau regulirt werden. Weder für die Säugende noch für den Säugling ist es gut, das Säugegeschäft unregelmässig zu vollziehen, um jedesmal, wenn letzterer schreit, zu glauben, er habe Hunger oder sei durstig und müsse an die Brust gelegt werden. Durch solch' unvernünftiges Verfahren werden zuletzt gastrische und gastro-enteritische Zustände beim Säuglinge und verschiedene Krankheiten bei der Säugenden erzeugt.

In der Diskussion, die sich an diese Bemerkung knüpft, bemerkt Hr. Mattei, dass auch er dem Säugen des Kindes durch die eigene Mutter vor allen übrigen Ernährungsweisen desselben den Vorzug gibt. Die Gründe brauchen wohl kaum hervorgehoben zu werden, indessen gibt es doch Umstände, die in der That das Säugegeschäft so beeinträchtigen, dass es besser ist, der Mutter zu sagen, sie solle es, gerade ihres Kindes wegen, lieber aufgeben und eine Amme nehmen oder dasselbe auf andere Weise gross zu füttern suchen. Man kann, meint Hr. M., gerade in Hinblick auf diese Umstände die jungen Mütter in vier Gruppen bringen: 1) diejenigen, deren Brüste und deren allgemeiner Zustand von der Art ist, dass das Kind, welches sie säugen, an dieser Nahrung vollkommen genug hat. Bei Frauen der Art muss der Arzt allen seinen Einfluss anwenden, um sie zu überzeugen, dass sie sowohl als das Kind den grössten Nutzen von guter und regelmässiger Sorge bei Ausführung des Säugegeschäftes davontragen, und dass diesem grossen Preise gegenüber alle anderen äusseren Vortheile durchaus nicht in Betracht kommen

können. 2) Diejenigen jungen Mütter, welche von ihrem Tageserwerbe leben müssen und die also dem Säugegeschäfte gar nicht oder nur sehr unvollkommen sich hingeben können. Hier ist es allerdings am besten, wenn das Kind auf das Land gegeben wird, um von einer Bäuerin die Brust zu erhalten. Dieses System, solche halbverlassene Kinder auf dem Lande unterzubringen, ist, wenn es gehörig geordnet ist und dabei die nöthige Beaufsichtigung stattfindet, immer noch besser, als das System der sogenannten Krippen. 3) Diejenigen Frauen, deren allgemeiner Zustand, oder deren Milchsekretion, oder deren Beschaffenheit der Brüste von der Art ist, dass sie nicht säugen können. Sobald dem Arzte diese Ueberzeugung gekommen ist, darf er nicht zugeben, dass solche Mütter sich quälen und sich abarbeiten, um mit ihrer eigenen Milch dem Kinde genug zu thun. Das Kind verkümmert dabei und die Mutter leidet gewaltig und es kommt doch zu nichts, und es ist deshalb besser, schon frühzeitig eine Amme zu beschaffen oder an eine andere Fütterungsweise des Kindes zu denken. Endlich 4) diejenigen Frauen, welche zwar Milch haben, wenn auch nicht in hinreichender Menge, aber dabei jedesmal in Folge ihres lebhaften Temperamentes oder ihrer grossen Reizbarkeit so aufgeregt werden, dass jedesmal das Anlegen des Kindes eine wahre Szene gibt, die alle Welt in Unruhe versetzt und doch dem Kinde nicht Genüge verschafft. Hier ist gerade die grosse Lust der Mutter und ihr gewaltiger Eifer, ihr Kind zu säugen, eher ein Nachtheil als ein Vortheil, und nicht selten sind Frauen der Art in einen oft bedenklichen nervösen Zustand verfallen. Unter diesen Umständen wie vielen anderen ist halbe Fütterung, verbunden mit halber Säugung, anzurathen, und Hr. M. verfährt dabei auf folgende Weise: Die Mutter darf bloss einige Male täglich dem Kinde die Brust geben; während der Nacht darf sie es gar nicht. In der Zwischenzeit bekommt das Kind Kuhmilch, mit der Hälfte heissen Zuckerwassers gemischt, so dass die Mischung lauwarm ist. Sie wird in eine Saugeflasche gegossen, mittelst der das Kind gefüttert wird. Es versteht sich von selbst, dass die Milch möglichst frisch sein und die Saugeflasche möglichst rein gehalten werden muss, um die Milch

nicht zu säuern. Es ist rathsam, dass die Mischung jedesmal frisch geschieht und, wenn irgend möglich, muss das Kind während dieser künstlichen Fütterung neben dem Bette der Mutter oder auf deren Schooss sich befinden, damit die natürliche Wärme ihm wohlthue. Bei diesem Verfahren gedeiht das Kind vortrefflich und die Mutter wird fast gar nicht angegriffen.

12) Ueber die Tracheotomie beim Krup.

„Von 1850 bis 1861 habe ich", berichtet Hr. Guersant, „zu Ende jedes Jahres die Zahl der Tracheotomieen angegeben, welche im Hospitale für kranke Kinder vorgenommen worden sind. Während der 11 Jahre haben wir 783 Operationen gehabt, von denen 191 zur Heilung führten. In allen diesen Fällen haben wir immer die doppelte Kanüle und die Kravatte angewendet; alle die operirten Kinder waren schon mehrere Tage krank, als die Operation vorgenommen wurde und fast alle schon in dem Stadium der angehenden Erstickung. Heute nun will ich noch einige statistische Data über die von mir in der Stadtpraxis vorgenommenen Tracheotomieen geben. Ich habe angefangen, diese Operation im Jahre 1834 auszuüben. Von da an bis heute habe ich 156 Tracheotomieen in der Stadtpraxis zu vollziehen gehabt. Ich habe 28 Kinder dadurch gerettet. Meine 32 ersten Operationen sind verhältnissmässig unglücklicher gewesen, denn es wurden nur 2 Kinder am Leben erhalten, und ich muss erklären, dass in dieser ersten Epoche (1834—1845) ich nur mit der einfachen Kanüle operirte und noch nicht die vortreffliche Wirkung der Kravatte kannte. Von den 124 Operirten nach dieser Zeit habe ich ein weit besseres Resultat gehabt; ich habe 26 gerettet und glaube, dass die genannten Massregeln, die ich seitdem nie versäumt habe, diesen Erfolg bedingten. Ich will aber nun diese ganze Vergangenheit bei Seite lassen und nur vom Jahre 1863 sprechen. In diesem Jahre habe ich in meiner Privatpraxis 11 Kinder operirt; davon sind 5 geheilt worden, und zwar 1 von fünf, 2 von drei, 1 von sechs und 1 von vier ein halb Jahren. Bei allen diesen Kindern war die Diphtheritis auf den Kehlkopf und die

Luftröhre beschränkt und es war schon das Stadium der androhenden Erstickung vorhanden, als sie zur Operation gebracht wurden; die Krankheit bestand bei ihnen bereits 2 bis 3 Tage. Nur ein einziges Kind hatte Blutegel am Halse und ein Blasenpflaster im Nacken gehabt. Alle bekamen chlorsaures Kali nach der Operation, einige hatten dieses Mittel schon vor derselben genommen. Eines von ihnen bekam während der Operation in Folge der sehr schwierigen Einführung der Kanüle ein Emphysem des Halses und Angesichtes; dieses Emphysem verlor sich von selbst und das Kind wurde gerettet. Ein anderes bekam Erysipelas um die Wunde; dieses wurde durch Anwendung des Kollodiums geheilt. Die Bronchitis, welche vorherging, wurde durch Anwendung von Jodtinktur äusserlich auf die Brust und von Kermes innerlich geheilt. Bei allen Kindern blieb die Kanüle 6 bis 7 Tage liegen; die Ernährung blieb immer eine gute, und einige bekamen sogar Chinapräparate und Kaffee.

13) Ueber unfreiwilligen Urinabgang.

Herr Mallez bemerkt, dass er gegen dieses Uebel zur Elektrizität seine Zuflucht nimmt. Wenn, sagt er, man den direkten Strom anwendet, so ist es rathsam, sich des einen oder des anderen Poles zu bedienen. Er gebraucht eine Säule von 12 Paaren; er führt den positiven Pol, den er den elektro-physiologischen nennt, mittelst einer sehr dünnen Sonde in die Harnröhre ein; der negative Pol, welcher der kauterisirende ist, wird mittelst einer Scheibe auf den Oberschenkel aufgesetzt. Er hat fünf Fälle notirt, wo er dieses Mittel angewendet hat. Im ersten Falle handelte es sich um einen kleinen Knaben, welcher von seinem Uebel in sieben Sitzungen befreit wurde. Bei einem zweiten Knaben derselbe Erfolg von dem gleichen Verfahren, mit der Modifikation jedoch, dass der positive Pol nicht mittelst einer Sonde in die Harnröhre eingeschoben, sondern mittelst einer Scheibe auf den Damm aufgesetzt wurde. Der dritte Fall betraf einen Knaben von 15 Jahren, welcher in 8 Sitzungen geheilt wurde; hier konnte eine Bougie in die Harnröhre eingeführt werden. In einer der nächsten Sitzungen der Gesellschaft will er über

die übrigen Fälle berichten. — Hr. Beyran meint, dass es zur Beurtheilung irgend eines Heilverfahrens nothwendig ist, die Ursache festzustellen, worauf die Inkontinenz des Urines beruht. Was das Agens betrifft, um die Elektrizität zu erzeugen, so gebraucht er das Bisulphat des Merkurs. Mallez gibt dem Protosulphate des Merkurs den Vorzug, weil mit ihm eine Säule viel länger in Wirksamkeit bleibt; über die Diagnose oder vielmehr über die verschiedenen Ursachen der Inkontinenz will er überhaupt hier nicht sprechen und wird sich ein anderes Mal darüber auslassen. Hr. Caron hat bei einem 60 Jahre alten Manne die Inkontinenz des Urines durch elektrische Bäder geheilt; wie er diese elektrischen Bäder anwendet, ist nicht angegeben.

Gesellschaft der Hospitalärzte in Paris. Aus den Verhandlungen der Jahre 1860—1864.

1) Ueber die diphtherischen Paralysen.

In den letzten Sitzungen des Jahres 1860 ist dieser Gegenstand von Neuem in Frage gestellt worden, und zwar durch eine Mittheilung des Hrn. Sée, worin er folgende Behauptungen aufgestellt hat: 1) Die diphtherischen Affektionen haben oft Lähmungen zur Folge, deren spezifische Natur zuvörderst durch ihr relativ häufiges Vorkommen in der Diphtherie (in vier Fällen dreimal), dann durch ihren eigenthümlichen Typus erwiesen wird, wodurch sie sich ganz bestimmt zu erkennen geben, so wie auch durch ihren Verlauf, der sie von anderen Lähmungen unterscheidet. 2) Die Lähmungszufälle treten in bestimmter Reihenfolge auf; nämlich nach der Paralyse des Gaumensegels folgt die der Beine, dann kommt die Paralyse der Arme, ebenfalls wie die der Beine mit Anästhesie verbunden, die jedoch nicht über die Mitte des betroffenen Gliedes hinausgeht. 3) Die diphtherischen Paralysen stehen durchaus nicht in einem bestimmten Verhältnisse zu dem grösseren oder geringeren Grade der diphtheri-

sehen Blutvergiftung. Man trifft sie in ganz milden Fällen, und es ist sogar nicht einmal nöthig, dass diphtherische Angina vorausgegangen ist; man trifft sie, auch selbst Paralyse des Gaumensegels, nach einfachen Anginen. 4) Dieser letztere Umstand ist besonders hervorzuheben, indem diese eigenthümlichen Paralysen neun Mal unter zehn mit der Diphtherie zusammenhängen, und im zehnten Falle wenigstens eine Angina stattgehabt hat. Aus diesem Grunde verdienen sie, da ihnen immer eine Affektion des Pharynx vorausgeht, die Bezeichnung „anginöse Paralysen". 5) Die Bleilähmungen, deren Diagnose durch die Elektrizität festgestellt werden kann, unterscheidet sich ganz sicher von der diphtherischen Lähmung, und so wie es gewisse Paralysen gibt, die manchmal eine Aehnlichkeit haben mit den von Bleivergiftung herkommenden, so trifft man auch bisweilen auf Lähmungen, welche mit den aus diphtherischer Vergiftung entspringenden eine Aehnlichkeit haben.

Diese von Hrn. Sée aufgestellten Sätze gaben zu einer langdauernden Diskussion Veranlassung. Hr. Maingault hielt die Bezeichnung „anginöse Paralysen" nicht für richtig, obwohl er das häufige Vorkommen der Lähmungen bei Diphtheritis und deren regelmässigen Verlauf anerkennt. Gubler hat in seinem Aufsatze über die Paralysen bei akuten Krankheiten *(Archives général. de Médec.*, 1860, vol. I) nachgewiesen, dass die diphtherische Paralyse durchaus nichts Eigenthümliches hat, und dass sie den bei schweren Fiebern nachkommenden Lähmungen vollkommen gleichen. Darauf erwidert Hr. Sée, dass die Lähmungen, welche nach schweren Fiebern, nämlich nach Pocken, Masern, Scharlach, Typhus, Cholera, Pneumonie u. s. w. sich einstellen, verhältnissmässig nicht häufig sind und auch gar keine wirklich regelmässige Verbindung zwischen den Phänomenen bemerken lassen, wie das bei der Diphtherie und der ihr folgenden Paralyse entschieden der Fall ist. Hr. Gubler bleibt aber bei seiner Behauptung, dass weder der Typus noch der Verlauf der diphtherischen Paralyse etwas Eigenthümliches hat; am wenigsten sei in allen Fällen eine Angina als Ausgangspunkt nachzuweisen. Die Erscheinungen, welche die diph-

therische Paralyse darbietet, haben weder in ihrer Reihenfolge noch in ihrem Auftreten eine bestimmte Ordnung, sondern es gibt fortwährende Abweichungen von jeder etwa aufgestellten Regel. So beginnt die Paralyse der Gliedmassen nicht immer mit Anästhesie, sondern bisweilen sogar mit Hyperästhesie. Manchmal wird ein Arm früher von der Lähmung ergriffen als eines von den Beinen; die Blase und der Mastdarm, die gewöhnlich verschont bleiben, werden bisweilen doch in die Lähmung mit hineingezogen, und unter den ersten Erscheinungen findet man einige, welche sonst nicht vorhanden sind, wie Lähmung des Gesichtsnerven, Strabismus und bisweilen sogar eine anscheinende Amaurose. Was die Lähmung des Gaumensegels betrifft, die Hr. Sée als charakteristisch ansieht, hat in der Regel mit der anderen Paralyse nichts zu thun; sie erscheint als ein ganz lokales Leiden und man kann sie keineswegs einer Desorganisation der Muskelfasern zuschreiben. Die Entzündung hat damit auch nichts zu thun, denn die Lähmung erscheint erst, wenn der ganze Entzündungsprozess schon aufgehört hat. Hr. Gubler glaubt die Entstehung der Paralyse des Gaumensegels einer Affektion der Gaumennerven bei ihrem Durchgange durch die Knochengänge zuschreiben zu müssen; diese Lähmung ist demnach nur als eine lokale anzusehen, deren Anlass allerdings die Angina ist. Es gibt nach der Diphtherie und nach vielen anderen Krankheiten, wie Hr. Gubler behauptet, verschiedene lokale Lähmungen, die gleichen Werth mit der Lähmung des Gaumensegels haben, einzelner Zweige des Sympathicus, des Vagus, des Facialis, des Trigeminus u. s. w., und endlich gibt es verbreitete Paralysen, die auch nichts Eigenthümliches haben und von dem allgemeinen Zustande des Organismus abhängig sind. Kann Hr. G. den diphtherischen Paralysen nichts Spezifisches zuerkennen, so kann er noch weniger zugeben, dass sie mit der Angina in irgend einer Beziehung stehen. Einen lokalen Einfluss mag diese Angina auf das Gaumensegel wohl haben, aber es ist Täuschung, sie als den Ausgangspunkt für die allgemeinen oder weitverbreiteten Paralysen anzusehen. Bei der Dysenterie kommen Lähmungen des Mastdarmes vor, die allerdings Folgen des örtlichen

Leidens sind, aber wenn dann weiter ausgebreitete Lähmungen hinzutreten, so wird Keiner auf den Gedanken kommen, die Mastdarmlähmung als den Herd zu betrachten, von dem aus die Lähmung immer weiter sich verbreitet. Das häufige Vorkommen der örtlichen Lähmungen bei Anginen erklärt sich theils durch die Intensität derselben, theils durch ihren Sitz. Ein Oedem in peripherischen Theilen hat lange nicht die Bedeutung eines Oedemes im Rachen und um den Larynx herum, und so ist es auch mit den Entzündungen, die hier die Respiration und das Schlucken sehr erschweren. Kurz, Hr. G. hält die diphtherische Paralyse durchaus nicht für spezifisch, so lange nicht der physiologische Zusammenhang derselben mit der diphtherischen Blutvergiftung erwiesen ist; die Schwäche, welche nach der Diphtherie folgt, ist nach seiner Ansicht gewiss nichts weiter als eine Störung des Nervensystemes, wie sie nach vielen anderen schweren Krankheiten sich einstellt.

In einer späteren Sitzung nimmt Hr. Sée den Gegenstand wieder auf, indem er sich auf eine von Colin, Arzt an der Schule des Vâl de Grâce zu Paris, herausgegebene Abhandlung bezieht, welche genau dieselben Meinungen, dieselben Schlussfolgerungen, ja sogar dieselben Ausdrücke vorführt, die er selbst kundgethan hat. Eine ganz genaue Beobachtung, die Hr. C. angestellt hat, erweist den von Hrn. Sée hervorgehobenen bestimmten Typus und eigenthümlichen Verlauf der diphtherischen Paralyse und ihr Beginnen mit der Lähmung des Gaumensegels; die diphtherische Paralyse unterscheidet sich ganz deutlich von der nach jeder anderen schweren Krankheit folgenden Lähmung.

Hr. Trousseau erhebt seine Stimme zu Gunsten der Ansichten von Sée und Colin. Zu bezweifeln ist nicht, sagt er, dass nach den meisten Intoxikationskrankheiten, bei denen der Giftstoff von aussen in's Blut gedrungen, Lähmungen oder andere Nervenaffektionen nachkommen, dass aber, wenn man diese Neuropathieen untersucht und vergleicht, man bald erkennt, dass jede von ihnen Eigenthümlichkeiten darbietet, wodurch sie sich von den anderen unterscheidet, und dass diese Eigenthümlichkeiten von der Art des Giftes abhängig sind.

Er brauche nur auf die Lähmungen nach Bleivergiftung hinzuweisen, ferner auf die ganz eigenthümlichen Lähmungen nach Vergiftung durch Schwefelkohlenstoff, welche nach Delpech so sorgfältig studirt worden sind. Auch die thierischen Gifte erzeugen ganz eigenthümliche Lähmungen und andere Neuropathieen, wie wir ja das auch von pflanzlichen Giften wissen. Was die pathologischen Gifte betrifft, wie man sie zu nennen pflegt, so hat die Dothinenterie, das Erysipelas, die Variole u. s. w. ganz eigenthümliche Nervenerscheinungen zur Folge, die wirklich spezifisch sind. Was nun die Diphtherie betrifft, so ist deren spezifische Natur so allgemein anerkannt, dass wohl kein Zweifel mehr darüber obwaltet, und wenn man eine eigenthümliche Blutvergiftung darin erblicken muss, so darf man auch wohl mit Blache, Maingault und Sée die diphtherischen Paralysen für ganz spezifisch halten, selbst wenn sie in ihrer Form nicht ganz charakteristisch wären. Allein ihre Form bildet einen so besonderen Typus, dass der blosse Anblick der Phänomene auf die eigenthümliche Ursache hinweist. Nicht nach einem einzigen Zeichen, sondern von einer ganzen Gruppe derselben, hat man sich über den spezifischen Ursprung einer Krankheit ein Urtheil zu bilden. Erwiesen ist heutzutage wohl ziemlich sicher, dass nach einer häutigen Bräune, nach einer wohl charakterisirten Diphtheritis, Lähmung eintritt, allein diese Lähmung ist auch nach Diphtheritis an anderen Stellen beobachtet worden; Gueneau de Mussy hat sie bei kutaner Diphtheritis gesehen. Geht man mit Aufmerksamkeit diesen Paralysen, so wie sie vorkommen, bis zu ihrem Ursprunge nach, so kommt man 90mal in 100 Fällen auf die Diphtheritis. In Betreff der Paralysen anderen Ursprunges spricht sich Hr. Tr. nicht ganz entschieden aus, aber er gibt zu, dass es Ausnahmefälle gibt, welche einen analogen Typus zeigen. Er selbst hat gerade, wie er sagt, einen Fall von ausgebreiteter Paralyse in Behandlung, bei dem die Aehnlichkeit mit der diphtherischen Paralyse sehr gross ist, obwohl nichts weiter vorangegangen war als eine herpetische Angina. Ferner hat Hr. Gros ihm zwei Fälle von Paralyse gezeigt, der einfache Angina ohne alle plastische Ausschwitzung vorangegangen war,

und schon vor 9 Jahren hat Hr. Tr. selbst einen Fall bekannt gemacht, in dem Paralyse des Gaumensegels ohne vorangegangene Diphtheritis sich gezeigt hat. Um sich diese Ausnahmsfälle klar zu machen, verweist Hr. Tr. auf Das, was man in anderen Epidemieen beobachtet. Wenn in einer Familie das Scharlach wüthet und 4 oder 5 Individuen davon ergriffen wurden, so sehen wir ein sechstes Individuum an Hautwassersucht, an Blutpissen leidend, ohne dass ein deutliches Scharlach vorher sich gezeigt hat, und finden wir, dass gerade dieses Individuum, so wie alle übrigen, nicht nur bis Ende der Epidemie, sondern auch in späteren Scharlachepidemieen von der Krankheit verschont bleibt, also eine Immunität gegen dieselbe erlangt hat, so schliessen wir mit Recht, dass das frühere Leiden auch Scharlach gewesen ist, und zwar Scharlach ohne Exanthem, nur kundgethan durch eine Gruppe anderer Symptome *(traduite seulement par une phrase symptomatique)*. Sehen wir bei einer epidemisch auftretenden Dothinenterie in irgend einer grossen Anstalt, z. B. in einem Pensions-Institute, neben einer grossen Zahl wohlcharakterisirter Fälle einige junge Leute nur von Kopfschmerz, Nasenbluten, Durchfall, kurz von einer Reihe an sich gutartiger Symptome heimgesucht, die höchstens 8 Tage andauern, und sehen wir ferner, dass diese jungen Leute gegen die Dothinenterie eben so gut eine Immunität erlangt haben, wie diejenigen, bei denen diese Krankheit ganz charakteristisch aufgetreten war, so geben wir gerne zu, dass es auch bei jenen damals dieselbe Krankheit gewesen ist. Aehnliches bietet nach den Beobachtungen das gelbe Fieber dar, und wir werden nicht überrascht sein, wenn wir auch bei der Diphtherie analoge unvollkommene Manifestationen erblicken. Es ist noch nicht lange her, dass man auf die diphtherischen Paralysen aufmerksam geworden, und es ist sehr wahrscheinlich, dass dieselben in den letzten Jahren an Häufigkeit zugenommen haben, da diese auffallende Komplikation, die bisweilen selbst den Tod herbeiführt, der Wahrnehmung auch früher nicht entgangen wäre. Wir sind heutzutage von dem von Bretonneau 1826 beobachteten Typus, welchen damals Ferrand in seiner Dissertation dargestellt hat, weit

entfernt; in den damaligen Epidemieen von Diphtherie trat in der weit grösseren Zahl der Fälle, wie Hr. Tx. selbst beobachtet hat, fast immer der Tod ein. Nach den jetzigen Berichten über die Krankheit aber tritt die Diphtherie ganz anders auf; wenn sie in einer Familie ausbricht, so trifft sie 2 oder 3 Individuen tödtlich, äussert sich aber bei den übrigen gewissermassen rudimentös und lässt die Genesung herbeikommen. Darf man nun nicht solche Fälle als gutartige Diphtherie bezeichnen, gerade wie man gutartiges Scharlach gegenüber dem malignösen anzunehmen gewohnt ist? Die Paralysen nach anscheinend einfachen Anginen erlangen auf diese Weise ihre volle Erklärung. Die Paralysen selbst sind an sich so charakteristisch, dass sie ganz deutlich von denen durch andere pathologische Gifte unterschieden werden können, und sie sind daher bestimmt als diphtherische zu bezeichnen.

Hr. Gubler vertheidigt sich damit, dass es ihm nicht eingefallen sei, auf subtile Weise künstliche Gattungen oder Arten aufstellen zu wollen. Er habe nur die vorgekommenen Fälle einer Analyse unterworfen und sei dabei zu der Ueberzeugung gelangt, dass die der Diphtherie zugeschriebenen Paralysen durchaus nichts Spezifisches darbieten. Er könne darin nichts weiter erblicken, als die Resultate der Entzündung oder eine Affektion der Nerven in dem von der Entzündung betroffen gewesenen Theile. Die Paralyse des Gaumensegels z. B. ist nichts weiter, als ein solches Ergebniss, während die übrigen allgemeineren Paralysen theils sympathisch, theils die Folge der Verarmung der Konstitution oder der Genesungsschwäche sind, die er als eine Art akuter Kachexie ansehen möchte. Als diphtherische Paralysen will er allenfalls diejenigen ansehen, welche primitiv mit der Diphtheritis auftreten, wie in einigen Beobachtungen von Faure und Campbell. Die später auftretenden Paralysen haben, wie er wiederholen muss, durchaus nichts Spezifisches. Der Fall von Gueneau de Mussy hat beiderlei Paralysen dargeboten; er wurde mit grosser Energie durch Blasenpflaster und andere Mittel behandelt und die spätere Paralyse war eben nur die Folge der Schwäche, und Aehnliches lässt sich von vielen anderen Fällen sagen.

In den späteren Sitzungen spinnt sich die Diskussion weiter fort. Hr. Gubler bleibt dabei, dass weder der Typus noch der Verlauf der Paralyse etwas Spezifisches habe; auch sei durchaus nicht in allen Fällen, wo nach der Diphtherie Lähmungen sich eingestellt haben, eine bestimmte Form zu erkennen gewesen, wie von Anderen behauptet wird. So habe die Lähmung der Gliedmassen nicht immer mit Anästhesie begonnen, sondern im Gegentheile ziemlich oft mit Hyperästhesie; so ist ferner bisweilen zuerst ein Arm gelähmt und erst dann folgt die Lähmung der Beine; Blase und Mastdarm, welche meist von der Lähmung verschont bleiben, werden bisweilen doch auch davon befallen, kurz es gibt überall so viele Ausnahmen, dass sich nach Hrn. G. ein bestimmtes Bild gar nicht aufstellen lässt. Hr. Sée hat behauptet, dass die Lähmung des Gaumensegels für die diphtherische Paralyse charakteristisch sei und dass sie damit eigentlich beginne. Ist das der Fall? Hr. G. verneint die Frage, wie er sie schon früher verneint hat; er könne sich durchaus nicht von der Ueberzeugung abbringen lassen, dass die Lähmung des Gaumensegels zu den lokalen Paralysen gehöre, welche die Folge vorangegangener Entzündung und Exsudatbildung sind, und dass diese lokale Paralyse mit den allgemeinen gar nichts zu thun habe.

In der Sitzung am 12. Dezember 1860 nimmt Hr. Maingault das Wort; er erinnert daran, dass er schon vor längerer Zeit über diesen Gegenstand geschrieben und dass seine ersten Untersuchungen über die Lähmung des Gaumensegels bei Diphtherie vom Jahre 1851 datiren; er habe seitdem nie aufgehört, den Gegenstand zu studiren und er glaube nun, selbst nach Trousseau ein Wort darüber sprechen zu dürfen. Die Häufigkeit der Paralysen nach den diphtherischen Anginen bleibt eine höchst merkwürdige Thatsache. Gubler glaubt, dass diese Häufigkeit übertrieben worden sei, indem man Halsaffektionen für diphtherisch angesehen habe, die es nicht sind. Man müsse sich also erst klar machen, was man unter Diphtherie zu verstehen habe. Nach Hrn. M. ist die Pseudomembran nur der charakteristische Ausdruck der Diphtherie, welche Farbe, Konsistenz, Ausdehnung und Beharr-

keit sie auch haben und welcher Art die sie begleitenden allgemeinen Symptome auch sein mögen. Sehr ausgedehnte und dicke membranöse Ausschwitzungen sind vorgekommen, ohne alle allgemeine Reaktion, während dergleichen von ganz geringer Masse die allerernstesten Symptome dargeboten haben. Bretonneau hat zuerst das gleichzeitige Vorkommen des Labialherpes mit der gewöhnlichen diphtherischen Angina angemerkt, aber Gubler trennt dennoch diese Angina von einer, die er herpetisch nennt. In Folge der letzteren hat er selbst einmal eine allgemeine Paralyse eintreten gesehen und er zieht daraus den Schluss, dass solche Paralyse auch nach nicht diphtherischer Angina kommen kann. Hr. M. glaubt aber mit Bestimmtheit, dass die sogenannte herpetische Angina nichts weiter sei, als eine Varietät der diphtherischen. Viele Fälle beweisen dieses. „In diesem Augenblicke befindet sich," sagt er, „im Kinderhospitale eine Wärterin, welche in Folge einer mit Labialherpes begleiteten Angina zuerst eine Lähmung des Gaumensegels bekommen hat und jetzt bereits die ersten Symptome von Lähmung der Gliedmassen darbietet." Die Dissertation von Peter berichtet zwei Fälle von sehr bedeutender diphtherischer Angina und Krup, die beide mit Herpes der Lippen begleitet waren; Sée hat ein Kind unter denselben Umständen sterben sehen und Beaupoil hat der chirurgischen Gesellschaft einen sehr merkwürdigen Fall mitgetheilt: Ein an Krup leidendes Kind überträgt Anginen auf sieben Personen seiner Familie, von denen drei sterben, während die anderen vier nur gutartige Anginen haben und eine dieser Anginen mit Herpes begleitet ist. Man sieht also, dass diese herpetische Angina unter denselben Einflüssen sich erzeugen kann, als die diphtherische, und hat man nun nach diesen Erfahrungen nicht das Recht, dergleichen als eine Varietät der Diphtherie anzusehen? Andere Schlussfolgerungen sind nicht richtig und es ist nicht zu bezweifeln, dass diese Nebenerscheinung, nämlich der Labialherpes, ebensowohl in den gutartigen als in den bösartigen Fällen sich zeigen kann, gerade wie das Eiweissharnen, welches man ganz mit Unrecht als einen Beweis grosser Bösartigkeit der Diphtherie angesehen hat. Sicher ist, dass die gewöhnliche diphtherische

Angina durch Ansteckung sich überträgt und ebensowohl sehr böse als gutartige Anginen erzeugen kann.

Die Häufigkeit der Paralysen nach Diphtheritis ist unzweifelhaft, und wenn sich Hr. Gubler auch Mühe gibt, die Fälle auszuscheiden, die als solche Konsequenz nicht erwiesen sind, so wird er doch nicht im Stande sein, die Häufigkeit des Vorkommens so weit zu vermindern, dass sie der Seltenheit der Paralysen gleichkommt, welche z. B. nach Scharlach oder nach Masern folgen; er konnte selbst beim Scharlach nur einen und bei den Masern nur zwei Fälle der Art auffinden, obwohl beide Krankheiten doch sehr verbreitet sind und es fraglich bleibt, ob nicht sogar in diesen seltenen Fällen Diphtheritis zugleich vorhanden gewesen. Uebrigens ist es nicht bloss das häufige Vorkommen der Paralysen nach Diphtheritis, welche ihre Natur charakterisirt, sondern auch Stetigkeit der Zufälle. Nach Hrn. M. nämlich findet sich die Lähmung des Gaumensegels jedesmal, wenn man sich nur die Mühe gibt, darnach zu forschen. Wird sie vielleicht in einem Falle als daseiend oder als dagewesen nicht notirt, so ist das noch durchaus kein Beweis, dass sie gefehlt hat, falls nicht wirklich angegeben wird, dass man darnach gefragt und gesucht, aber sie nicht gefunden hat. Die Störungen des Sehvermögens, die Hr. Gubler als ungewöhnlich betrachtet, kommen vielleicht nur selten in den Paralysen vor, die er studirt hat, aber in den von Herrn M. gesammelten Beobachtungen hat dieser sie 30mal in 90 Fällen gefunden.

Die Paralysen der Gliedmassen beginnen immer mit einem Gefühle von Ameisenkriechen in denselben und dieses Gefühl steigt aufwärts bis zu den Knieen und bis zu den Ellbogen, ohne über sie hinaus zu gehen. Unter 90 Fällen von verbreiteter Paralyse der Art ist nicht ein einziger vorgekommen, bei dem diese sich bloss auf die Arme beschränkt hätte, während sie 13mal nur die Beine eingenommen hatte. In den anderen Fällen breitete sich die Paralyse auf die Beine, die Arme und die Muskeln des Rumpfes aus. Wenn nun bisweilen die Lähmung bloss bei den beiden Beinen verbleibt, so darf man sich darüber nicht wundern, da in der That eine Krankheit

nicht gerade immer bis zum höchsten Grade ihrer Ausbreitung zu kommen braucht.

Von nicht geringerer Wichtigkeit ist die Reihenfolge der Symptome. In allen mit Genauigkeit aufgezeichneten Fällen hat man gefunden, dass die Paralyse zuerst das Gaumensegel befällt, dann die Sehorgane und dann die Gliedmassen und den Rumpf ergreift; diese Reihenfolge ist konstant, mit Ausnahme von 2 oder 3 unvollständigen Fällen. In den von Herrn G. studirten Paralysen zeigt sich diese regelmässige Folge der Symptome nicht, vielmehr hat jeder Fall gewissermassen sein eigenes Gepräge. In der grösseren Mehrheit der Fälle kommt auch die diphtherische Paralyse erst nach Beendigung der Angina, falls diese sich nicht sehr in die Länge zieht, wo dann die Paralyse früher einzutreten scheint. Dieser Vorgang ist jedoch selten; er lässt sich allenfalls durch den örtlichen Schmerz erklären, welchen der Kranke beim Schlucken empfindet.

Bei den von Hrn. G. beschriebenen Paralysen findet man ferner Fieber, ernste Gehirnsymptome, Delirien u. s. w.; bei den diphtherischen Paralysen fehlt das Fieber immer, und wenn bisweilen Gehirnsymptome sich zeigen, so kommen sie nur gegen das Ende. Eine gewisse Stumpfheit bemerkt man, besonders bei Kindern, öfter; aber sie hat offenbar keinen anderen Grund, als dass die Kinder wegen der näselnden Stimme und wegen der Lähmung des Gaumensegels nicht deutlich sprechen können. Es hat dieses durchaus nichts mit Lähmung der Zunge oder Gehirnaffektion zu thun.

Hr. G. hat die diphtherischen Lähmungen durch die Existenz einer akuten Kachexie zu erklären versucht. Er hat uns nicht klar gemacht, was er darunter versteht, und wir können eine solche Kachexie als Folge einer etwa sieben- oder achttägigen Krankheit nicht gut annehmen. Auch das Eiweissharnen kann nicht als Beweis für eine solche Kachexie herangezogen werden, da diese Erscheinung sehr oft fehlt. Ebensowenig ist die mangelnde Ernährung etwa die Ursache der Paralyse, da sehr viele diphtherische Kranke trotz der vorhandenen Dysphagie sich ganz gut ernähren. Uebrigens würde auch die schnelle Heilung der Lähmungen durch

Reizmittel, die spezifisch auf das Nervensystem wirken (Elektrizität, Strychnin), sich schlecht mit der Annahme eines kachektischen Zustandes vertragen. Wenn endlich noch Hr. G. die Paralyse des Gaumensegels der Heftigkeit der Entzündung zuschreibt und sie z. B. mit der Lähmung der Harnblase bei Cystitis vergleicht, so ist die Idee nicht neu, allein bei der Diphtherie muss davon abgesehen werden, da sich ganz deutlich erwiesen hat, dass die genannte Lähmung des Gaumensegels niemals mit dem Grade der Entzündung dieses Theiles in richtigem Verhältnisse steht und oft nach geringer Entzündung schon sehr bedeutend ist, ausserdem noch als Anfang weitergehender Paralysen sich zeigt.

Die Diskussion setzt sich noch durch mehrere Sitzungen fort und Hr. Sée nimmt Gelegenheit, sich nicht nur über diphtherische Lähmungen, sondern auch über die sogenannten essentiellen oder idiopathischen Paralysen auszusprechen. Nachdem er die Wirkungen der Inanition, der Erschöpfung durch grosser Säfteverluste studirt, und nachdem er über die Lähmungen durch Obliteration von Arterien gehandelt hat, kommt er zu den Folgen der Durmausschwitzungen und des Eiweissabganges. Die Darmausschwitzungen erzeugen nach Schmidt in Dorpat zwei entgegengesetzte Krankheiten, nämlich den dysenterischen Durchfall und die Cholera. Bei ersterem enthalten die Ausleerungen grosse Mengen von Albumin. Sie erzeugen einen hohen Grad von Muskelschwäche, aber wirkliche Lähmungen sind hier sehr selten; Hr. G. hat nur sehr wenige Beispiele anzuführen vermocht. Diese wenigen Beispiele beweisen nichts für das Zustandekommen der Lähmungen bloss durch Schwäche, denn in dem einen Falle war zugleich Gehirnhämorrhagie vorhanden und in dem anderen war den Durchfällen eine hysterische Paralyse vorangegangen. Lähmungen sind, wie gesagt, bei den erschöpfenden Durchfällen äusserst selten, wogegen Kontrakturen hier viel öfter vorkommen. Was die Cholera betrifft, so verlieren die Kranken viel weniger Eiweissstoff als Wasser und Salze. Es bleibt im Blute ein verhältnissmässiger Ueberschuss von fester Materie und besonders von Albumin zurück und es findet hier also das Gegentheil Statt, wie bei der Dysenterie. Auch

hier sind die konsekutiven Lähmungen noch selten, obwohl sie etwas häufiger vorkommen als bei der Dysenterie. „Liegt nun die Differenz," fragt Hr. Sée, „nicht darin, dass man wirkliche Lähmungen mit Schwäche der Muskeln, hervorgehend aus Ernährungsstörungen derselben, verwechselt hat? Bei der Cholera findet man in den Muskeln eine beträchtliche Menge von Harnstoff und Creatine. Man hat auch wirklich die paralytischen Erscheinungen hier der Urämie zugeschrieben, weil man viel Harnstoff im Blute gefunden hat. Nachdem nun noch Hr. Sée die Entstehung der Paralysen bei verschiedenen anderen Krankheiten, bei Typhus, bei Albuminurie, bei Intoxikationen u. s. w. durchgegangen ist, und dann wieder zu den diphtherischen Lähmungen sich gewendet hat, kommt er zu folgenden Schlüssen:

1) Von den essentiellen oder idiopathischen Paralysen muss man diejenigen trennen, welche in veränderter Ernährung der Muskeln ihren Grund haben, und ferner die Lähmungen in Folge von Obliteration der Arterien, des Rückenmarkes und der Gliedmassen.

2) Die essentiellen Bewegungslähmungen kommen in Folge von Fiebern und Entzündungen weit seltener vor als Störungen der Sensibilität und der Intelligenz. Sehr zweifelhaft sind die Angaben über ihr Auftreten nach Ausschlags- und Wechselfiebern; man beobachtet sie bisweilen nach Dysenterie, Cholera und Typhus; meistens handelt es sich in diesen Fällen um die spezielle Form, die man als atrophische Paralyse bezeichnet hat.

3) Die Ursache dieser Paralysen lässt sich aus Veränderungen der Säftemischung, aus der Inanition, den Durchfällen, der Albuminurie und selbst aus den Modifikationen erklären, welche die einzelnen Elemente des Blutes erfahren haben. Reine Affektionen der Nerven oder vielmehr Erschöpfung der Nervenkraft, wie man wohl früher angenommen hat, ist gewiss wohl weniger im Spiele, als eine Veränderung oder Störung der Ernährung des Rückenmarkes. Die diphtherische Lähmung ist deutlich verschieden von anderen Paralysen; sie kommt in den meisten Fällen von Diphtherie vor, bisweilen auch in Folge einfacher Anginen und ausnahmsweise

in Folge von Fiebern. Ihre Form ist eine ganz bestimmte und stellt eine eigene Krankheitsspecies dar; sie beruht, wie kaum zu bezweifeln ist, in einer dynamischen und histologischen Veränderung der Protuberanz und veranlasst Veränderungen der Sensibilität und Lähmung als Reflexwirkung.

2) Ueber das Lungenemphysem der Neugeborenen hielt Hr. Hervieux in der Sitzung am 13. Febr. 1861 einen Vortrag. Wir haben diesen Vortrag bereits ausführlich in einem früheren Hefte dieser Zeitschrift mitgetheilt.

3) Herzfehler bei einem Kinde.

Hr. Hervieux zeigt ein Präparat von einem 3 Monate alten Kinde. Es ist einen Monat vorher in das Hospiz für hülfsbedürftige Kinder (*Hospice des Enfans assistés*) in fast vollkommen asphyktischem Zustande gebracht worden. Nachdem es sich erholt hatte, nahm es wieder die Brust der angewiesenen Amme. Nachher kamen noch 3 ähnliche Anfälle in einem Monate; endlich kam ein vierter Anfall, der so heftig war, dass das Kind im Zustande völliger Erstickung (Kälte, Kyanose, Pulslosigkeit) unterlag. Hr. H. hatte einen bedeutenden Herzfehler vermuthet, was sich auch bei der Leichenschau bestätigte. Die Thymus, die noch sehr gross war, bedeckte das Herz; dieses war zweimal so gross, als die Faust des Kindes, und es fand sich in ihm zuvörderst eine Kommunikation zwischen den beiden Vorkammern und ein vollständiger Mangel der Scheidewand zwischen den beiden Kammern, so dass diese nur einen einzigen Raum bildeten; die Aorta bildete den einzigen Arterienstand für diese gemeinsame Kammer; die Lungenarterie fehlte ganz. Nach den bis jetzt gesammelten Fällen pflegt, wenn die Lungenarterie fehlt, der Pulmonarkreislauf ersetzt zu werden entweder durch eine rudimentöse, aus der Aorta selbst entspringende Lungenarterie, oder durch die bleibende Wegsamkeit des Ductus arteriosus, oder endlich durch Bronchialarterien. Bei diesem Kinde fand man weder den ersten noch den zweiten Ersatz und durch Injektion konnte man auch nicht nachweisen, dass die Bronchialarterien die Aushülfe

verschafft haben. Hr. H. wird, wie er sagt, bei der genaueren Darstellung dieses Falles einige physiologische Bemerkungen daran knüpfen. — Hr. Roger bemerkt, dass er in Fällen von Kommunikation der beiden Vorkammern während des Lebens an der Basis des Herzens ein pustendes Geräusch wahrgenommen habe, welches ihm von diagnostischer Wichtigkeit zu sein schien; Hr. H. aber hat in dem gegenwärtigen Falle solches Geräusch nicht gefunden. Hr. Vulpion macht auf die Analogie dieses Herzens mit dem Froschherzen aufmerksam; bei letzterem existiren bekanntlich zwei Vorkammern und nur eine Herzkammer, welche letztere jedoch eine unvollkommene Scheidewand besitzt; ausserdem ist nur eine einzige Arterie, nämlich die Aorta, vorhanden, aus welcher, etwas weiter hin, die Lungenarterie entspringt.

4) Ueber die Diagnose und Behandlung der Hydatiden der Lunge und der Pleura bei Kindern.

In der Sitzung vom 9. Oktober 1861 hält Hr. H. Roger einen Vortrag über diesen Gegenstand. Die Acephalokysten oder Hydatidenkysten, die sich am häufigsten in der Jugend und im mittleren Alter entwickeln, sind weit seltener in den beiden äussersten Perioden des Lebens; so sind sie auch in dem umfassenden Werke von Devanne (*Traité des entozoaires*, Paris 1860) nur als Ausnahmsfälle bei Kindern erwähnt und von Hydatidenbildung im Respirationsapparate hat dieser Autor nur drei Beispiele. Hr. Roger hat vor Kurzem Gelegenheit gehabt, zwei solche Fälle zu beobachten. Der erste Fall betrifft einen Knaben von 8 Jahren, welcher während seiner ganzen Kindheit allerlei Symptome dargeboten hat, die selbst ausgezeichnete Aerzte veranlassten, Lungenschwindsucht anzunehmen, zumal da auch verdächtige erbliche Dispositionen vorhanden waren. Der Frühling 1856 brachte eine auffallende Verschlimmerung der Zufälle, welche vorzugsweise in Anfällen und Krampfhusten bestanden, und der mit dem Keuchhusten Aehnlichkeit hatte und besonders in den Nächten mit hohem Grade von Dyspnoe verbunden war. Drei Monate später wurde der Knabe, bald nachdem er ein Brechmittel genommen, von unaussprechlicher Angst befallen und

warf unter furchtbaren Anstrengungen eine Masse stinkenden Eiters aus, in welchem man einen Hautfetzen bemerkte, welcher eine glatte und perlmutterfarbige Fläche hatte, die an eine Hydatidenkyste denken liess. Nach 12 Tagen kam ein eben solcher Auswurf, welcher eben solche Hautfetzen enthielt, die man bei genauer Untersuchung wirklich als Trümmer von Hydatiden erkannte. Darauf folgte eine allgemeine und lokale Besserung; man liess Joddämpfe einathmen, die eine rasche Genesung zur Folge hatten. Die physikalischen Zeichen ergaben nach der zweiten Ausleerung eine Dilatation des unteren Theiles der rechten Brusthälfte; vollständige Dämpfung des Perkussionstones vorne und hinten im unteren Theile der Brust mit Fehlen des Respirationsgeräusches daselbst; dagegen in der Gegend des rechten Bronchus ein grossblasiges Rasseln analog dem bei reichlicher Hämoptoe, aber kein bronchiales noch kavernöses Pusten. Die Leber schien sich ganz normal zu verhalten. Als der Knabe fünf Jahre später wieder zur Beobachtung kam, war seine Gesundheit ganz gut; er hustete nicht mehr, konnte spielen und laufen und mit Ausnahme einer geringen Depression hinten rechts an der Basis des Thorax fand man weder bei der Perkussion noch bei der Auskultation irgend etwas Abnormes.

Der zweite Fall endigte nicht so günstig; er betraf ein elend aussehendes, kachektisches Mädchen von 15 Jahren, welches im Frühlinge 1860 einen Anfangs leichten und trockenen Husten bekam, der aber später keuchend wurde und mit einem eigenthümlichen Auswurfe begleitet war, welcher, nach Aussage der Eltern, Stücke enthielt, die wie Weintraubenhülsen aussahen. Die Aerzte diagnostizirten eine chronische Pleuritis und schickten das Kind nach den Bädern von Luchon. Hier entleerte die Kranke eine grosse Menge Materie, welche eben solche schaalige Hautfetzen enthielt, die der dortige Arzt deutlich als Hydatidentrümmer erkannte. Darauf folgte Besserung und der Winter ging gut vorüber.

Im Mai 1861 aber kamen dieselben Zufälle wieder; das junge Mädchen wurde nach Paris geführt. Fieber, Husten, Zeichen von Abzehrung und mit Hydatidentrümmern gemischter Auswurf machten sich deutlich bemerkbar; hoher Grad

von Athmungsnoth; das Liegen wurde nur möglich auf der kranken Seite und während des grössten Theiles der Nacht konnte das Mädchen nur athmen, wenn es aufrecht sass. Die Besichtigung des Thorax zeigte eine deutliche Dilatation an der rechten Basis, jedoch war die Leber nicht die Ursache davon, da man deutlich fühlen konnte, dass sie selbst nicht vergrössert war. Deutliche Dämpfung des Perkussionstones an den unteren beiden Dritteln des Thorax; Fehlen des Athmungsgeräusches ebendaselbst: ein rauhes bronchiales Murmeln nur am Gipfel der rechten Lunge; links Alles normal. Man suchte vergeblich nach dem sogenannten Hydatidenschnurren (*Frémissement hydatique*).

Die allgemeinen Symptome verschlimmerten sich; am 29. Juli wurde eine Vomica entleert; die Eiterhöhle fiel aber nicht zusammen, sondern schien sich zu vergrössern und die Dämpfung des Tones beim Anklopfen erstreckte sich nur hinauf bis zum Schlüsselbeine. Es entstand die Frage, ob gegen das Empyem, welches deutlich erkannt wurde, ein direktes Verfahren einzuschlagen sei, aber der Zustand war so schlecht, dass alle Hoffnung aufgegeben werden musste und eine Stunde nachher erfolgte der Tod.

In diesem zweiten Falle konnte die ganze Reihe der Erscheinungen zu dem Glauben führen, dass Lungentuberkulose vorhanden sei, und aus den physikalischen Zeichen konnte man auch zur Annahme einer chronischen Pleuritis an der Basis des Thorax geführt werden, allein die Beschaffenheit der Auswurfsstoffe erwies deutlich das Dasein einer Hydatide innerhalb der Brust und die Bildung einer weiten Höhle, welche sich durch die Bronchen entleert hat. Die Frage entstand nun, ob die Leber damit betheiligt war und ob in diesem Organe, wo Hydatidenbildung nicht selten ist, diese Formation begonnen und dann sich durch das Zwerchfell, die beiden Blätter der Pleura und die Lunge selbst bis zu den Bronchen sich Bahn gemacht habe? Eine genaue Untersuchung der Leber hat aber erwiesen, dass dieses Organ ganz frei war. War die Pleura der ursprüngliche Sitz der Hydatide? Obwohl einige Fälle bekannt gemacht worden sind, wo dieses der Fall gewesen sein soll, so ist doch nicht

der Beweis geführt worden und es scheint der Ursprungsort der Hydatiden entweder in dem Bindegewebe ausserhalb der Pleura oder im Lungenparenchyme selbst gewesen zu sein. In dem zuletzt mitgetheilten Falle gehörten die Hydatiden unzweifelhaft der Lunge an und es konnte nur noch zweifelhaft sein, ob innerhalb des Parenchymes selbst der Hydatidensack bestand, oder ob er äusserlich an der Lunge vorhanden war und durch eine Art Fistelgang sich in die Bronchen entleert haben mochte. Die Abwesenheit der stethoskopischen Zeichen beantwortete diesen Zweifel. Die Engigkeit und Schiefheit eines Fistelganges würde, wenn die Luft durchströmt, Geräusche veranlasst haben, die nicht unbemerkt geblieben wären. Die andauernde und sich häufig wiederholende Entleerung von Hydatidentrümmern mittelst des Auswurfes begründete die Vermuthung, dass die Hydatidenkyste nicht einfachig, sondern vielfachig sei.

Die mitgetheilten beiden Fälle zeigen deutlich, dass die Phthisis pulmonum hydatica, die mit der tuberkulösen Phthisis so viel Aehnlichkeit hat, einige ganz gute Charaktere besitzt, durch welche sie von letzterer sich unterscheiden lässt. Hr. Vigla hat in einem hübschen Aufsatze (*Archiv. général. de Médec.*, Sept. 1855) ganz vollständig die Merkmale angegeben, durch welche die Unterscheidung auch dann festgestellt werden kann, wenn im Anfange die Hydatidenmasse in der Lunge mit einem festen Tumor derselben, oder mit einer geschlossenen Höhle voll Flüssigkeit in oder auf diesem Organe, eine gewisse Aehnlichkeit darbietet. Die Merkmale sind nach dem genannten Autor die anamnestischen Momente, der langsame Gang und die allmählige Zunahme der Dyspnoe; ferner die eigenthümliche Art der Dämpfung des Perkussionstones, die Unregelmässigkeit des Tumors, das häufige Fehlen der Aegophonie und des pustenden Geräusches und endlich im höchsten Nothfalle, wenn Ansammlung von Flüssigkeit konstatirt ist, der Probeeinstich.

Hat sich die Hydatidenkyste in die Bronchen geöffnet, so existirt in Wirklichkeit eine Verbindung der Höhle mit der äusseren Luft und man musste also dieselben stethoskopische Erscheinungen haben, wie bei Tuberkelhöhlen, eine

Aehnlichkeit der Umstände, auf welche schon Laennec und nach ihm Devanne hingewiesen haben. Dennoch fehlen diese Zeichen in den beiden Fällen, die hier eben mitgetheilt worden sind; man erkannte nichts weiter als das Fehlen des Athmungsgeräusches in dem einen Falle, und ein gewöhnliches feuchtes Rasseln in dem anderen Falle. Dieses Fehlen des Athmungsgeräusches der Bronchialfistel erklärt sich wohl bei einer ausserhalb der Lunge sitzenden, entweder ursprünglich in der Brustwand gebildeten oder von der Leber aufgepressenden Hydatide; unter solchen Umständen nämlich ist die nach dem Bronchus führende Fistel enger, länger und buchtiger, und folglich in nicht so günstigen Umständen für Erzeugung besonderer Geräusche.

Was die Behandlung der Lungenhydatiden betrifft, falls der Sack schon angefangen hat, sich von selbst durch die Bronchien zu entleeren, so bespricht Hr. Roger die Möglichkeit, durch die Punktion des Sackes und Jodeinspritzung eine vollständige Heilung zu versuchen. Andererseits empfehlen die schon ziemlich zahlreichen Fälle von Selbstheilung nach Ausstossung der Hydatiden durch die Bronchien, die durch den charakteristischen Auswurf erwiesene Existenz einer dahin führenden Fistel, das Abwarten unter Anwendung einfacher Mittel, als Inhalationen von Kampher, Jod, oder beruhigender Agentien, um die Schmerzen zu mildern, wobei jedoch nicht darauf hingewirkt werden darf, den Husten zu unterdrücken, der nothwendig wird, um die Schmarotzer auszuwerfen. Wenn jedoch trotz rascher Ausleerung derselben der Sack sich unaufhörlich zu füllen scheint, die Ausleerung nicht genügend ist, der Tumor stationär bleibt oder gar noch grösser wird, — wenn ferner hektisches Fieber drohender wird, erscheint es zweckmässig, ohne weitere Zögerung zur Operation des Empyemes zu schreiten. Das Dasein der Bronchialfistel kontraindizirt an sich nicht die Operation und hindert auch nicht die Heilung, wie Beispiele erweisen (Devanne). Jodinjektionen sind dann hier um so mehr angezeigt, als es sich hier nicht um eine normale seröse Höhle handelt, welche sich von Neuem mit einem pathologischen Sekrete füllen kann, sondern um eine flüssige Ansammlung spezifischer Natur,

deren Entleerung eine schliessliche Obliteration des Sackes ganz thunlich macht. Es muss aber dieser Eingriff nicht eher gethan werden, als bis man lange genug gewartet und auch vielleicht noch solche Mittel angewendet hat, welche vielleicht im Stande sind, die Schmarotzer zu tödten, z. B. Merkurialien und besonders Kalomel in kleinen Dosen, ferner Kampher, Chlornatrium (?) innerlich und äusserlich u. s. w., — zumal aber auf dem Wege der Inhalation.

Bei der an diese Mittheilung sich knüpfenden Diskussion berichtet Hr. Goupil, dass er einen solchen Fall gesehen, wo die Hydatiden von selbst durch die Bronchen ausgeworfen wurden; die Auskultation liess hier ein starkes Pusten (souffle intense) vernehmen; der Kranke starb kurze Zeit darauf. — Hr. Marotte erzählt, dass er einen Mann gesehen, welcher mehrmals hintereinander eine Menge Flüssigkeit mit Hydatidentrümmern ausgehustet hat. Man vernahm an der Basis der Lunge ein Pusten und ein Gurgeln; es schien, dass die Acephalokysten von der Leber kamen, denn 6 Monate später kam der Kranke mit einer Geschwulst der Leber wieder; Hr. Nelaton machte einen Einstich in diese Kyste, es folgte Peritonitis und der Kranke starb. An eine Punktion, wie beim Empyeme, sei doch nur dann zu denken, wenn der Hydatidensack der Lunge dicht unter der Pleura sitzt. — Herr Boucher hat einen Italiener von 27 Jahren gesehen, welcher als phthisisch angesehen worden war; es folgte dann Auswurf von Hydatiden, wodurch die Diagnose klar wurde; an den beiden unteren Dritteln des Thorax grosse Dämpfung beim Anklopfen, ferner Pectoriloquie. — Hr. Empes hat einen Kranken gekannt, bei welchem man chronische Pleuritis diagnostizirt hatte, denn gedämpfter Ton beim Anklopfen, dabei hörbares Pusten, und Aegophonie berechtigten zu dieser Diagnose. Es wurde auch wirklich wegen des vermutheten Empyemes eine Punktion gemacht, aber es kam keine Flüssigkeit; eine zweite Punktion ergab etwas grünlichen Eiter; endlich bildete sich eine Vomica; der Kranke starb und man fand nun eine vereiterte Hydatidenkyste der Leber ohne Pleuritis. — Hr. Vidal hat einen ähnlichen Fall gesehen und man vermuthete, dass die ausgehusteten Hydatidentrümmer

von der Leber kamen; man fand bei diesem Kranken Dämpfung, Aegophonie und etwas röhrenartiges Pusten *(souffle tubaire)*.

5) Diphtherische Paralyse und Statistik des Krups im Kinderkrankenhause zu Paris während 1859 und 1860.

Hr. H. Roger überreicht eine umfassende Abhandlung über diesen Gegenstand. Sie zerfällt in drei Theile; im ersten Theile stellt der Autor durch Zahlen die relative Häufigkeit der diphtherischen Lähmung dar; im zweiten studirt er diese Lähmung in klinischer Beziehung und im dritten spricht er von dem Verhältnisse des Krups und der Diphtheritis zu einander. Aus der bereits mitgetheilten Diskussion über die Lähmung bei oder nach Diphtheritis ergibt sich, dass darüber gestritten worden, ob diese Lähmung, deren Vorkommen allgemein anerkannt wird, spezifisch sei, d. h. ob sie der diphtherischen Blutdyskrasie als Manifestation mit angehöre, oder ob sie nur bei der Diphtheritis vorkomme, wie nach mancher anderen akuten Krankheit. Hr. Gubler hat Letzteres behauptet; für die spezifische Natur der hier in Rede stehenden Paralyse haben sich Trousseau, Maingault, der Verfasser und Andere ausgesprochen. Es wird hierbei von Wichtigkeit sein, zu erfahren, in welcher Häufigkeit bei den an Diphtherie Leidenden die Paralyse nachträglich sich einstellt. Diese Häufigkeit ist in den Arbeiten von Maingault *(Mém. sur la paralysie diphthéritique, Paris 1859)*, Trousseau *(Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu I. 380)* und Sée *(Bull. de la soc. méd. des Hôpit. IV 585)*, wo mehr als 150 Fälle das Fundament bilden, dargethan worden. Man könnte jedoch einwerfen, dass dieses Zahlenverhältniss nicht ein richtiges sei, weil die Fälle überall hergenommen worden, und dass nur dann eine sichere Berechnung sich anstellen lasse, wenn die Beobachtungen aus einer und derselben Lokalität und aus einer bestimmten Zeitdauer gewonnen worden. Statistische Aufstellungen über dieses Verhältniss, die schon zuverlässiger sind, finden sich bei Moynier *(Compte*

rendu de faits de diphthérite, observés à l'Hôtel-Dieu en 1859 und bei Garnier *(Thèse, Paris 1860).*

Hr. Roger hat nun alle Fälle von Diphtheritis, welche in den verschiedenen Abtheilungen des Kinderkrankenhauses in Paris vorgekommen sind, zusammengestellt; es ergab sich eine Zahl von 210 Fällen für das Jahr 1860 und, mit Abrechnung einiger zweifelhafter Fälle, kamen Paralysen 31 mal vor, was ein Verhältniss von ungefähr $^1/_6$ gibt. Dieses Verhältniss muss noch um so beträchtlicher erscheinen, weil erstlich ziemlich viele Kinder schon früh in dem Beginne der Genesung von der Diphtheritis das Hospital verlassen und aus dem Gesichte verloren werden, bevor möglicherweise die Paralyse eingetreten sein konnte, und weil zweitens eine grosse Zahl der von der Diphtheritis ergriffenen Kinder dem Tode erlag, ehe die Zeit zur Entwickelung der Paralyse gekommen war. Hr. Roger hält sich demnach für berechtigt, das Verhältniss der Paralysen mindestens auf $^1/_4$ der Fälle von Diphtheritis anzusetzen. Wenn dem aber so ist, so kann man das Vorkommen der Paralyse bei dieser Krankheit nicht mehr als zufällig oder nebensächlich, sondern muss sie als ihr angehörig betrachten, gerade wie man etwa den Hydrops beim Scharlach nicht als nebensächlich, sondern als zu diesem Krankheitsprozesse gehörig ansieht.

Nach anderen akuten Krankheiten kommen freilich auch Paralysen vor, aber es ist dieses überaus selten der Fall und kann eigentlich nicht ernstlich in Betracht kommen. Die einfache Halsbräune und das typhöse Fieber haben vielleicht etwas öfter Paralyse des Gaumensegels u. s. w. zur Folge gehabt, und es ist wohl zu bemerken, dass in manchen Fällen von Angina, die etwa auf der hinteren Fläche des Gaumensegels oder der Pfeiler desselben vorhandene Pseudomembran gar leicht übersehen wird, und ferner, dass beim typhösen Fieber im Anfange fast immer eine erythematöse Angina existirt, welche öfter, als man glaubt, mit einem breiigen oder weichen pseudomembranösen Belag, wie beim Soor, komplizirt ist. Man müsste demnach die bei den erwähnten Krankheiten sich einstellende Paralyse im Rachen und weiter sich

ausbreitende Lähmung derselben Ursache beimessen. Auch bei noch anderen akuten Krankheiten will Hr. Roger die Möglichkeit konservativer Paralyse zugeben, aber sie kommt hier so selten vor, dass sie eigentlich in ätiologischer Beziehung gar nicht in Betracht kommen kann. Die statistische Aufnahme in seiner Abtheilung im Kinderhospitale hat dem Hrn. Roger für das Jahr 1860 ergeben: 61 Fälle von einfacher Angina, 12 typhöses Fieber, 33 Masern, 12 Scharlach, 4 Pocken und 24 Pneumonie, ohne dass ein einziges Mal sich konsekutive Paralyse gezeigt hätte. Dasselbe negative Resultat ergibt die statistische Aufnahme in der Abtheilung des Hrn. Blache. Aus jener Häufigkeit der Paralyse bei der Diphtheritis einerseits und aus deren Seltenheit bei anderen akuten Krankheiten andererseits wird man wohl zugeben müssen, dass dort ein viel wesentlicherer Grund vorhanden sei als hier, und dass man die Paralyse dort mit der Paralyse hier nicht gleichstellen könne.

Im zweiten Theile seiner Abhandlung nimmt Hr. Roger, sich stützend auf vierzig Beobachtungen, die diphtherische Paralyse selbst vor und studirt sie nach ihren Charakteren. Es ist nicht seine Absicht, eine umfassende Beschreibung derselben zu geben, sondern nur über ihre Aetiologie, ihren Verlauf, die Verkettung der Zufälle, ihre Dauer und Behandlung einige Beiträge zu liefern. So haben sich die paralytischen Zufälle der Diphtheritis am häufigsten gezeigt: a) das Alter betreffend — bei Kindern von 4 bis 6 Jahren; b) das Geschlecht — 21 bei Mädchen, gegen 17 mal bei Knaben; c) die Jahreszeit — scheint nicht von Einfluss zu sein; d) der Sitz der Diphtheritis — die Paralyse kam 12 mal in Folge von Diphtheritis des Rachens und Schlundes, 23 mal in Folge von Krup, 2 mal in Folge von Diphtheritis der Kutis vor, und bedenkt man, dass in Summa 54 Fälle von Diphtheritis des Rachens und Schlundes, dagegen 154 Fälle von Krup aufgezeichnet sind, so wird man zugeben müssen, dass nach ersterer, nämlich nach der Diphtheritis des Rachens und des Schlundes, die Paralyse am häufigsten vorkommt.

Was den Verlauf betrifft, so hat die Paralyse fast immer im Schlunde und am Gaumensegel begonnen; sie gab

sich zuerst kund durch Näseln der Stimme oder durch Schlingbeschwerden. Oft (4 mal auf 10 in Folge von Diphtheritis des Rachens) blieb die Paralyse auf diese ersten Symptome beschränkt; in anderen Fällen (2 mal auf 10) erstreckte sich die Lähmung auf die Beine oder verbreitete sich allmählig (4 mal auf 10) von diesen auch auf die Arme. Der Krup hat gewöhnlich nur Schlundparalyse herbeigeführt und endlich trat bisweilen die Paralyse des Gaumensegels und auch Paraplegie nach Diphtheritis der Kutis auf, ohne dass im Rachen selbst diphtheritische Ausschwitzung vorhanden gewesen war. Paralyse des Mastdarmes und der Harnblase ist zweimal beobachtet worden, und zwar einmal ohne jede andere Lähmung und einmal in Verbindung mit Paraplegie. Amaurose ist einmal vorgekommen und die Untersuchung des Urines hat keine Spur von Albumin ergeben.

Ein bestimmtes Verhältniss zwischen der Entwickelung der paralytischen Zufälle und dem Grade der primären Krankheit ist schwer festzustellen, obgleich man versucht ist, jene als einen Beweis einer grösseren Blutvergiftung anzusehen. Denn sie sind nicht nur nach ganz leichter Diphtheritis wahrgenommen worden, sondern es würde sich aus der Statistik sogar noch ergeben, dass sie gerade in den gutartigen Fällen noch am häufigsten sind. Dabei muss man freilich bedenken, dass die Diphtheritis, besonders bei intensivem Auftreten, eine rasch tödtliche Krankheit ist, und dass meistens für die Entwickelung der Paralyse nur die weniger ernstlich ergriffenen Subjekte übrig bleiben. Man hat auch angenommen, dass diese letzteren Komplikationen vielleicht mit Eiweissharnen, welches oft bei der Diphtheritis gefunden worden ist, in ursächlichem Zusammenhange stehen. Die von Herrn Roger gemachten Beobachtungen können die Frage nicht lösen, denn der Urin ist nur 6 mal genau untersucht worden und von diesen sechs Kranken haben drei Albumin entleert, bei drei keine Spur davon. Dadurch wird wenigstens bewiesen, dass Eiweiss im Urine nicht eine wesentliche Bedingung der Paralyse ist.

Die Zeit des Auftretens der letzteren ist ziemlich wandelbar. Gewöhnlich zeigt sich die Lähmung in dem Zeit-

raume von 4 bis 8 Tagen der Krankheit; bisweilen findet man die Dysphagie gleich von Anfang an und wieder in anderen Fällen kommen die paralytischen Zufälle erst in einer späteren Zeit.

Was die Art der Entwickelung betrifft, so sind die allgemeinen Paralysen bald zugleich mit der Paralyse des Gaumensegels eingetreten, bald einige Zeit nach dieser. — Die Dauer hat, wenn man den Durchschnitt ziehen will, einen Monat betragen. Dazwischen tretende Krankheiten haben bisweilen den Einfluss gehabt, die Dauer zu verlängern und die Zufälle zu verschlimmern. — Die Prognose dieser Lähmungen ist im Ganzen nicht schlimm; doch ist in Ausnahmsfällen durch Uebergang der Lähmung auf die respiratorischen Muskeln, oder durch plötzliche Erstickung in Folge des Steckenbleibens von Speisestoffen in der Kehle, der Tod eingetreten. — Betreffend die Behandlung, empfiehlt Hr. Roger gegen diese Paralysen, gleich den anderen Klinikern, Tonica, Eisenpräparate, Schwefelbäder, Elektrizität.

In dem dritten Theile der Arbeit sucht Hr. Roger das Verhältniss der Diphtheritis zum Krup und zur Tracheotomie festzustellen, indem er zu der Liste der 210 von ihm aus dem Jahre 1860 zusammengestellten noch die von Bricheteau in demselben klinischen Dienste im J. 1859 erlangten 231 Fälle hinzufügt. Es gibt dieses eine Summe von 441 Fällen, unter denen der Krup 362 mal figurirt, und zwar in den 210 Fällen von Roger 154 mal und in den 231 von Bricheteau 208 mal. Es ist dieses das Ergebniss zweier Jahre aus einem einzigen Kinderhospitale. Von dem anderen Kinderkrankenhause, welches sich in Paris befindet, nämlich vom St. Eugenienhospitale, haben wir nur eine Angabe vom Jahre 1859 von Hrn. Garnier, der dort 95 Fälle von Krup notirt hat. Jedenfalls, sagt Hr. Roger, muss man sich von der überaus grossen Häufigkeit einer Krankheit überrascht fühlen, die früher als selten angesehen wurde. In den 20 Jahren von 1820 bis 1840 lieferte das Kinderhospital in Paris, bis dahin in dieser Stadt die einzige Anstalt zur Aufnahme kranker Kinder, nur 100 bis 120 Fälle; dagegen schon in den folgenden 10 Jahren, 1840 bis 1850 schon 112 Fälle; eine auffallende

Zunahme zeigte sich bald darauf, denn mit dem Jahre 1858 hat die Zahl in dem genannten Hospitale schon 142 erreicht. Die Krankheit ist demnach in diesen sechs letzten Jahren 30-, 50-, 60- und 100mal häufiger gewesen als vor vierzig Jahren. Nun hat sich allerdings in diesem langen Zeitraume die Bevölkerung von Paris fast verdoppelt; die Aufnahmen im Kinderhospitale mögen rascher und häufiger erfolgt sein und gewiss haben auch die Erfolge der Tracheotomie viel mehr krupkranke Kinder herbeigezogen, aber dennoch bleibt die Steigerung überraschend: Man kann auch nicht sagen, dass früher etwa die Krankheit übersehen worden wäre, wie so manche andere, die erst dann häufig zur Beobachtung kommt, wenn auf sie direkt aufmerksam gemacht worden, wie z. B. die Bright'sche Krankheit; vielmehr tritt die Diphtheritis, namentlich der Krup, so charakteristisch, so erschreckend auf, dass der Anblick allein schon zur Erkenntniss genügt, zumal wenn das Auftreten epidemisch geworden.

Ueber die Aetiologie der diphtherischen Zufälle gibt die Statistik auch einige Auskunft. Das Geschlecht scheint ohne Einfluss zu sein; das Kindesalter von 2 bis 4 Jahren liefert das grösste Verhältniss (85 auf 210), während das Alter von 10 bis 12 Jahren 8 Fälle und das Alter von 1 bis 2 Jahren 14 Fälle geliefert hat. Die kühleren Jahreszeiten, die beiden letzten und die vier ersten Monate des Jahres bringen die grössere Zahl von Fällen. — Die Ansteckung ist 35 mal in 60 Fällen nachgewiesen worden und es muss in dieser Beziehung die Zusammenhäufung von Individuen in geschlossenen Räumen gefürchtet werden.

Betreffend die Form der Krankheit, hat man unter 215 Fällen 54 Diphtheritis des Rachens und Schlundes, 154 einfachen oder mit Schlunddiphtheritis komplizirten Krup, und endlich 5 anderswo als im Halse vorgekommene Diphtheritis gefunden. Im Jahre 1859 ergaben 234 Fälle 208 Krup, 21 Schlunddiphtheritis und 2 kutane Diphtheritis. Der pseudomembranöse Belag hat fast immer im Inneren des Halses begonnen und aus der grossen Zahl der Krupfälle ergibt sich schon das grosse Bestreben des Ausschwitzungsprocesses, sich auszudehnen und eine grössere Fläche einzunehmen.

Das Sterblichkeitsverhältniss betrug 1860 genau 130 gegen 64 Heilungen; im Jahre 1859 betrug sie 160 gegen 71 Heilungen. Wird die Schlunddiphtheritis allein genommen, so ergibt sich, dass mehr als die Hälfte (30 gegen 56) gerettet worden sind; im J. 1859 hatte Bricheteau 15 gegen 21 und Garnier 14 gegen 20 gezählt. Die 154 Fälle von Krup, die Hr. Roger zusammengestellt hat, zählen nur 31 Heilungen, 122 Todesfälle und 1 zweifelhaft (wo der Ablauf nicht festgestellt ist); das Verhältniss der Heilungen beträgt 1 : 4,9, oder es ist von 5 Krupkranken nur einer gerettet worden, und zu den Geretteten gehören sowohl diejenigen, bei denen die Tracheotomie vorgenommen, als auch die, bei denen sie nicht gemacht worden ist. Im Jahre 1859 gab es auf 208 Krupfälle 54 Heilungen, also ungefähr 1:4, oder genauer 1 : 3,86. Nimmt man diejenigen Krupkranken, besonders die der Tracheotomie unterworfen worden sind, so hat man 25 Heilungen gegen 105 Todesfälle, oder 1 : 4,12; eine dieser Heilungen wurde bei einem 20 Monate alten und eine andere bei einem fast im Sterben liegenden Kinde durch die Operation erreicht. Diese Resultate würden viel vortheilhafter hervortreten, wenn man von der Liste der Operirten diejenigen abstriche, die durch die Operation vom Krup selbst gerettet worden sind, aber bald darauf durch irgend einen anderen Einfluss hingerafft wurden. Dahin gehören z. B. Kinder, welche etwa 30 bis 37 Tage nach der Operation den Masern oder einer Pneumonie zum Opfer fielen, und es ist ferner in Betracht zu ziehen, dass die Operation nie vor dem Stadium der Asphyxie vorgenommen wurde, vielmehr gewöhnlich bei sehr vorgerückter Asphyxie oder nicht selten in der äussersten Grenze des eintretenden Erstickungstodes. Die meisten Kinder, die gestorben sind, verfielen sehr schnell, gewöhnlich in den ersten vier Tagen, dem Tode; erlebten sie die zweite Woche nach der Operation, so war viel bessere Aussicht auf Rettung vorhanden.

Unter den Todesursachen kann man besonders hervorheben die einfache oder mit Bronchitis komplizirte Pneumonie (23mal auf 40), dann die Ausdehnung und die Stärke der diphtherischen Blutvergiftung, Magen- und Darmkatarrh,

oft Missbrauch von Antimonialien. Ferner sind als Todesursachen zu nennen: die Konvulsionen, die Eiterungen des Mediastinums, Gangrän oder Erysipelas der Wundränder der Luftröhre, und endlich Emphysem.

Von den 23 nicht operirten Krupkindern wurden 7 geheilt; Bricheteau seinerseits hatte 14 Heilungen auf 44 Fälle gezählt. Es gibt dieses also für jedes der beiden Jahre ein Verhältniss von 1:3 für den Erfolg der reinen medizinischen Behandlung. Daraus aber darf man nicht schliessen, dass die medizinische Behandlung mehr thue, als die chirurgische. In Wirklichkeit unterlässt man die Operation gewöhnlich aus zwei ganz verschiedenen Gründen, nämlich entweder, weil die Laryngealdiphtheritis oder der Krup nur gering ist und nicht mit Erstickung droht (in diese Kategorie gehören die unter bloss medizinischer Behandlung glücklich abgelaufenen Fälle), oder weil die Operation wegen vorhandener ernstlicher Komplikationen (doppelte Pneumonie, Kapillarbronchitis u. s. w.), oder wegen sehr verbreiteter diphtherischer Blutkrase gar keine Aussicht mehr bietet, und in diese Kategorie gehören die tödtlich verlaufenen Fälle. In Summe hat die Statistik des Kinderhospitales für die daselbst wegen Krup verübte Tracheotomie ergeben: a) Im Jahre 1859 auf 164 Operationen 40 Heilungen, oder $24_{,39}$ Prozent. b) Im Jahre 1860 auf 130 Operationen 23 Heilungen, oder $19_{,23}$ Prozent. c) In den ersten 6 Monaten des Jahres 1861 auf 82 Operationen 25 Heilungen, oder $30_{,48}$ Prozent. Der Durchschnittserfolg für die drei genannten Jahre beträgt $24_{,66}$ Prozent, ein Verhältniss, welches demjenigen fast gleichkommt, welches bereits 1858 der Akademie der Medizin in Paris von Roger und Sée mitgetheilt worden ist. „Im Ganzen", sagt Hr. Roger zum Schlusse, „kann man den Schluss ziehen, dass man im Kinderkrankenhause durch die Tracheotomie etwa den vierten Theil der krupkranken Kinder rettet. Rechnet man die verzweifelten und schon aufgegebenen Fälle ab, die man entweder gar nicht operirt oder bei denen die Operation nicht hätte gemacht werden sollen und deren Zahl etwa $^1/_9$ aller Fälle beträgt, so vermehrt man das Verhältniss der Heilungen; rechnet man sie aber hinzu, so vermin-

dert man dieses Verhältniss der durch die Operation Geretteten auf 19 bis 20 Prozent.

(Fortsetzung folgt.)

Chirurgische Gesellschaft zu Paris.

Aus den Verhandlungen der Jahre 1860—1863.

(Schluss.*)

50) Bemerkungen zur Behandlung der Spina bifida.

Herr Giraldès stellt in der Sitzung vom 25. März 1863 einen Knaben von $2^1/_2$ Jahren vor, welcher eine Spina bifida in der Sakralgegend hatte. Die Geschwulst hat die Grösse einer Faust, ist mit dünner, aber normaler, Haut bedeckt und zeigt sich vollkommen durchsichtig. Mittelst eines Einstiches wurde der Tumor entleert, füllte sich aber den anderen Tag wieder. — Eine Oeffnung im Sakralknochen im Grunde des Tumors kann man deutlich fühlen. Was die Behandlung betrifft, bemerkte Hr. G. auf die Frage, ob er nicht für eine Jodeinspritzung sei, Folgendes: „Ich habe," sagt er, „sorgfältig die Fälle von Spina bifida geprüft, wo dieses Mittel angewendet worden, und ich habe keine vortheilhaften Resultate erkannt; im Gegentheile sind die Kranken dadurch in grosse Gefahr gerathen und in einigen Fällen ist der Tod sehr rasch gefolgt. Im vorigen Jahre aber habe ich in meiner Abtheilung drei Kinder gehabt, die von der Spina bifida durch Punktionen in Verbindung mit Kompression rasch geheilt worden sind und bei denen gerade, als ich mich über diese Heilung freuen wollte, sich Hydrokephalus entwickelte, der den Tod herbeiführte." „Andererseits kann man wohl einige 20 Fälle aufstellen, wo gegen die Spina bifida gar nichts geschehen ist und die damit Behafteten über die Kindheit hinaus bis in das Alter der Erwachsenen lebten. Ich bin jedoch der Meinung, dass man wohl unter Umständen dann und wann den Tumor

*) S. Bd. XLIV S. 145—160.

durch einen feinen Einstich entleeren und einen vorsichtigen Druck anwenden kann."

Hr. Chassaignac erklärt die Jodeinspritzung für die beste Behandlung, die wir besitzen; dieses Verfahren heile zwar nicht überall und möge wohl auch den Tod bisweilen beschleunigen, aber jedes andere Verfahren leiste noch viel weniger. Er habe schon einmal einen Kranken vorgestellt, welcher durch die Jodeinspritzung geheilt worden. Oft sei Hydrokephalus mit Spina bifida verbunden, und wenn letztere geheilt sei und ersterer dann auftrete, so sei er nicht die Folge dieser Heilung, sondern komme nur deutlicher hervor. Auf das Bestreben der Natur dürfe man sich nicht verlassen, da spontane Heilung zu den Ausnahmen gehört. Bei dem eben vorgestellten Kinde sei der Tumor sehr gross und er glaube nicht, dass wiederholte Entleerung und Kompression zum Ziele führen werden, er rathe zur Jodeinspritzung. — Herr Boinet hält die Punktionen nur für ein Palliativverfahren und ist der Meinung, dass die Spina bifida fast immer den Tod herbeiführt, wenn nichts dagegen geschieht. — Herr Debout hat auch einen Fall erlebt, wo die Jodeinspritzung zur Heilung geführt hat; auffallend ist es aber, dass Mehrere, wie z. B. Hr. Bainard, welche der Jodeinspritzung das Wort geredet haben, später wieder von diesem Verfahren Abstand nahmen. — Herr Giraldès erwidert auf diese Einwürfe, dass man in Bezug auf Prognose die Fälle von Spina bifida verschieden beurtheilen müsse. Ist der Tumor eine geschlossene Kyste, enthält er weder Nerven noch Rückenmark, ist die ihn bedeckende Haut unversehrt, so bleibt die Krankheit meistens stationär. Die Jodeinspritzung zeigt nur einige wenige Erfolge, meistens sind die so behandelten Kinder gestorben. Aus einer Zusammenstellung einer grossen Zahl von Fällen habe er erkannt, was er schon vorgebracht, nämlich dass die wiederholten Punktionen mit Kompression noch am meisten leisten, und was den Hydrokephalus betreffe, so sei es ihm doch auffallend gewesen, dass derselbe sich nicht bemerklich machte, so lange die Spina bifida bestand, und dass er erst deutlich hervortrat, wenn durch Jodeinspritzungen eine scheinbare Heilung bewirkt worden war.

51) Angeborene Hypertrophie und Prolapsus der Zunge.

Herr Legouest berichtet über folgenden von Hrn. Pasturel in Albon mitgetheilten Fall. Ein kleines Mädchen zeigte einen Monat nach der Geburt die Gewohnheit, die Zunge hinauszustrecken und sie draussen zu halten, obgleich es damals noch dieselbe leicht zurückziehen und auch gut zurückhalten konnte und überhaupt in diesem Organe sich nichts Absonderliches zeigte. Diese Gewohnheit verblieb der Kleinen, und als sie 3 Jahre alt war, konnte sie die Zunge nicht mehr in die Mundhöhle zurückbringen. Dieses Organ hatte nämlich sich schon bedeutend vergrössert und die Vergrösserung nahm von da an immer mehr zu, und als das Mädchen 10 Jahre alt war, war das Uebel so arg geworden, dass man dagegen mit aller Gewalt ankämpfen musste. Was damals zuerst geschah, war, dass Hr. Bertrand in Montpellier einen Apparat anwenden liess, der darauf berechnet war, die Zunge in der Mundhöhle zurückzuhalten. Dieser Apparat wurde aber bald verlassen, weil er nichts nützte und auch nicht ertragen werden konnte.

Am 11. September 1861 kam das nunmehr 14 Jahre alte Mädchen hülfesuchend zu Herrn Pasturel, welcher bei der Untersuchung erkannte, dass die Zunge wohl 4- bis 5mal so gross geworden war als sie sein sollte, und dass sie aus dem Munde bis über das Kinn hinabhing. Verbunden war damit eine fast horizontale Stellung der vorderen Zähne des Unterkiefers nach vorne, Ausfluss von Speichel u. s. w. Am 12. November wurde an der chloroformirten Kranken die Operation gemacht. Mittelst des Eraseur wurde der vordere Theil der Zunge, so weit er aus dem Munde heraushing, abgenommen. Hr. P. ging hierbei langsam und vorsichtig zu Werke. Als die Kette des Instrumentes in der Zunge eine tiefe Rinne gebildet hatte, wurde sie von Minute zu Minute um ein Glied stärker angezogen und nach 15 Minuten waren Schleimhaut, eine dicke Muskelschicht und wahrscheinlich die Lingualarterien durchschnitten, ohne dass Blutung eintrat. Nach 24 Minuten war die Durchschneidung vollkommen ge-

schehen; es tröpfelte etwas Blut aus, dann vermehrte sich die Blutung und endlich kam sie im Strahle aus wohl sechs kleinen Gefässen. Vergeblich wurde versucht, die Gefässe zu fassen und zu unterbinden, und es blieb dem Hrn. P. nichts übrig, als den Zungenstumpf im Ganzen zu fassen und durch zwei Ligaturen in Masse zu unterbinden. Zu diesem Zwecke wurde eine mit einem doppelten Metallfaden versehene Nadel nicht weit vom vorderen Wundrande der Zunge durchgestochen, und nachdem die Blutung gestillt war, liess Hr. P. die Fäden noch zwei Tage liegen und nahm sie dann fort. Nach etwa sechs Wochen war die Vernarbung geschehen und der Erfolg war ganz nach Wunsch. Was man dem Operationsverfahren vorwerfen könnte, ist, dass mittelst der linearen Durchschneidung der Zunge durch den Ecraseur dieses Organ vorne keine rechte Spitze erhält, sondern breit bleibt oder vielmehr mit einer breiten Narbe endigt und daher nicht so brauchbar werden kann, als wenn durch eine Art $\vee$-schnitt die Zunge gehörig geformt würde. Hierbei wäre freilich die Blutung ganz besonders zu fürchten, da bei jeder Art des Schnittes es sehr schwierig sein dürfte, die Arterien zu fassen und zu unterbinden, obwohl freilich auch, wie man gesehen hat, die Abquetschung der Zunge mittelst des Ecraseur nicht vor Blutung schützt. Was noch in Betracht zu ziehen ist, ist die lange Dauer der Vernarbung und die sehr unregelmässige Narbenbildung nach der Abquetschung. Hr. P. fragt, ob es nicht rathsam sei, in ähnlichen Fällen die zu grosse Portion der Zunge durch zwei horizontale Schnitte abzutragen, welche sich mehr oder minder tief in derselben treffen müssten, d. h. man würde einen oberen rundlichen Lappen bilden, dann einen unteren Lappen von derselben Form, das dazwischen liegende Stück der Zunge herausnehmen und dann die beiden Lappen mit einander vereinigen; die Blutgefässe müssten dabei einzeln unterbunden werden.

Wir übergehen die weiteren Bemerkungen, welche an die Mittheilung dieses Falles sich knüpfen und die sich allein auf die beste Art der Operation bezogen.

Aus den Verhandlungen der medizinischen Gesellschaft zu Christiania im Jahre 1862—1863.

(Fortsetzung und Schluss.*)

4) Exstirpation der Tonsillen vermittelst der Finger.

In der Sitzung am 3. Juni berichtete Herr C. Heiberg, dass er in ausländischen Journalen die Exstirpation der Tonsillen vermittelst der Finger erwähnt gefunden und dieses Verfahren bei einem 14 Jahre alten Knaben versucht habe. Derselbe hatte zwei sehr grosse Tonsillen, welche das Sprechen bedeutend behinderten. Ein gewöhnliches Tonsillatom war hier zu gross, weshalb er die eine Tonsille mit einer Hakenzange fasste und mit den Fingern ausschälte, welches ziemlich leicht und ohne sonderliche Blutung von Statten ging. Diese Tonsille schälte er von oben her aus, fand aber bei der zweiten das Ausschälen von unten aus besser, weil die Tonsille im ersten Falle ein Hinderniss im Halse abgab. Nach der Operation entstand eine bedeutende Diphtheritis, weshalb kräftig touchirt werden musste.

5) Angeborener Herzfehler.

Am 26. August theilte Herr J. C. Holst folgenden Fall mit: Das in Rede stehende Kind war in den ersten 3 Monaten seines Lebens wohlauf und gedieh gut. Dann bekam es eine Diarrhoe, welche mit längeren und kürzeren Unterbrechungen 4 Wochen dauerte, wobei nichts Abnormes weiter bemerkt wurde als eine unbedeutende Bläue der Finger und unter den Nägeln, welche wohl die Aufmerksamkeit des Herrn H., aber nicht die der Eltern erregte, weil das Kind gut bei Fleisch blieb und seine Lebhaftigkeit beibehielt. Nach dieser Zeit trat eines Tages plötzlich, während der Durchfall sich verschlimmert hatte, nach dem Saugen Erbrechen ein,

*) S. Band XLIII S. 274—318.

nach welchem das Gesicht und die Extremitäten (wahrscheinlich aber auch die anderen Körpertheile) kalt und blau wurden. Dieser Anfall war von ganz kurzer Dauer, allein die Kyanose blieb hiernach immer mehr andauernd und stärker ausgesprochen; während der durch Schreien oder Erbrechen hervorgerufenen stärkeren Anfälle derselben stellte sich aber auch Kälte auf der ganzen Hautfläche ein. In den Zwischenzeiten zwischen solchen Anfällen war das Kind lebhaft, allein man bemerkte, dass es abmagerte. Nach Verlauf einer Woche wurden die Stuhlausleerungen normal und blieben so bis zum Tode des Kindes. Es stellte sich aber zugleich ohne äussere Veranlassung ein heftiger und langwieriger Schreianfall mit besonders starker Kyanose und Kälte ein, nach welchem ein soporöser Zustand folgte. Hierauf wieder 5 Tage hindurch ein leidliches Wohlbefinden, die Leibesöffnung war normal, es war immer eine geringe Kyanose vorhanden, ab und an stellten sich leichtere Schreianfälle ein, bei welchen die Kyanose stärker wurde. Dann stellte sich etwas Husten ein mit erschwerter Respiration, das Kind war weinerlich, ab und an apathisch, in beiden Lungen hörte man ein schwaches Respirationsgeräusch mit Sibilus und nach vorne hin ein sehr ausgebreitetes starkes Blasegeräusch bei dem ersten Herzgeräusche. Während die Apathie und die Respirationsbeschwerden überhand nahmen, starb das Kind am zweiten Tage nach dem Eintreten dieses Zustandes. Bei der Obduktion fanden sich die Lungen überall lufthaltig, etwas emphysematös, sehr blutreich; die Schleimhaut der Bronchien injizirt, in den Bronchien etwas Schleim und in den Pleurasäcken und im Herzbeutel etwas Serum. Die rechte Vorkammer des Herzens war sehr gross, stark von Blutgerinnseln ausgedehnt, ihre Wände etwa 1‴ dick, das Foramen ovale offen, von einer mässig dicken Federpose im Durchmesser und mit einer gut schliessenden Klappe versehen. Die rechte Herzkammer erschien stark konzentrisch hypertrophirt; ihre Wände nicht unter 5‴ dick, das Lumen kaum so gross als eine Erbse, die Tricuspidalklappen unvollkommen entwickelt; eine Kommunikation zwischen der Kammer und der Art. pul-

monalis fand sich nicht. Diese war übrigens normal beschaffen und hatte Rudimente von Klappen; die Kammer spitzte sich auch wie gewöhnlich in einen Conus arteriosus gegen die Art. pulmonalis zu, aber mit einem Male schnitt eine ganz feine, dünne Membran den Uebergang von der Kammer zur Arterie etwa 1‴ innerhalb der halbmondförmigen Klappen ab. Die linke Herzkammer und Vorkammer schienen normal beschaffen zu sein, allein bei näherer Untersuchung fand sich gleich unter den Aortenklappen ein Divertikel gegen die rechte Kammer hin, worin die Sonde an einer von den Seitenwänden eine Oeffnung fand, durch welche dieselbe zwischen 2 Blättern der Tricuspidalklappe, also, nach der Stelle zu rechnen, geradezu in die rechte Kammer, aber, nach der mechanischen Wirkung während der Herzaktion zu rechnen, in die rechte Vorkammer eindrang. Auch von der rechten Vorkammer aus sah man diese Oeffnung, welche sich als eine etwa 3‴ lange Spalte, mit dicht schliessenden, gezackten, etwas knorpeligen Rändern zeigte, woran die Seitenränder an 2 von den Tricuspidalklappen fest angewachsen waren. Der Bulbus Aortae war unverhältnissmässig dick; der Ductus Botalli war offen, jedoch von bedeutend geringerem Umfange als die Art. pulmonalis; man konnte eine dicke Knopfsonde hindurchbringen und fanden sich an seiner Ausmündung in die Art. pulmonalis einige kleine Exkreszenzen. Nach dem Abgehen des Duct. Botalli hatte die Aorta ein ganz normales Volumen und gab sie auch weiterhin keine abnorme oder abnorm grosse Zweige ab. Herr H. glaubte die hier beschriebene Abnormität, die hauptsächlich aus einem offenen Duct. Botalli, einem verschlossenen Ostium arter. pulmonalis und einer abnormen Kommunikation zwischen der rechten Vorkammer und linken Kammer des Herzens bestand, zu den sehr seltenen zählen zu dürfen, weil er nirgendwo einen diesem ganz entsprechenden Fall hatte auffinden können. Der Kommunikation zwischen den beiden Vorkammern legt er kein sonderliches Gewicht bei, da sie nicht gross war und eine genügende Klappe hatte. Die Zirkulation müsse folgendermassen vor sich gegangen sein: das venöse Blut ist

von der rechten Vorkammer durch die abnorme Oeffnung im Septum direkt in die linke Kammer gegangen, in welcher es mit dem arteriellen Blute gemischt wurde und davon durch die Aorta theils in den grossen Kreislauf, theils durch den Duct. Botalli zur Art. pulmonalis und zu den Lungen ging und von dieser auf die gewöhnliche Weise zur linken Vorkammer zurückkehrte. Die Funktion der rechten Kammer, meinte er, möge sich darauf beschränkt haben, das unbedeutende Quantum von Blut, welches sie fasste, durch die insuffiziente Tricuspidalklappe zur Vorkammer zurückzutreiben und gleichzeitig die abnorme Oeffnung zwischen der rechten Vorkammer und linken Kammer zu verschliessen, indem zwei von den Blättern der Tricuspidalklappe sich über dieselbe zusammengefaltet hatten, und da dieses wegen der starken Muskulatur der rechten Kammer mit grosser Kraft geschehen sein möge, so habe dieses vermuthlich die Regurgitation des Blutes von der linken Kammer in die rechte Vorkammer, während der gleichzeitigen Systole der linken Kammer so ziemlich verhindern können. Das blasende Geräusch beim ersten Herzgeräusche könne, meint er, durch die Passage des Blutes von der rechten Vorkammer durch die schmale und unebene abnorme Oeffnung in die linke Kammer und vielleicht auch zugleich von der Regurgitation von Blut von der rechten Kammer in die Vorkammer bedingt worden sein. Die abnorme Kommunikation zwischen der rechten Vorkammer und linken Kammer sei das Eigenthümliche für diesen Fall, denn ein offener Duct. Botalli sei ein gewöhnlicher Begleiter der meisten angeborenen Abnormitäten des Herzens; ein verschlossenes Ostium art. pulmonal. gehöre auch nicht zu den Seltenheiten, aber bei einer solchen Verschliessung finde sich gewöhnlich der Ausfluss des Venenblutes durch ein grosses Foramen ovale oder durch eine Oeffnung im Sept. ventriculorum, und für eine solche könne diese nicht gehalten werden, obschon sie unter dem Ringe, welcher die Grenze zwischen Vorkammer und Kammer bildet, lag. In Folge ihrer Lage zwischen den Blättern der Tricuspidalklappen könne während der Systole der rechten Kammer kein Blut durch dieselbe gegangen sein, und zeige dieses auch die

grosse konzentrische Hypertrophie der rechten Kammer, welche deutlich dafür spreche, dass es einen sehr grossen Widerstand zu überwinden gehabt habe. Die Entstehung der genannten Oeffnung bleibe daher schwer zu erklären; wenn man die längliche, zackige Form berücksichtige, so dürfte man dieselbe für eine Ruptur halten, welche indessen ohne vorabgegangene krankhafte Veränderung in der Herzsubstanz nicht stattgefunden haben könne, und von einer solchen sei keine Spur vorhanden gewesen. Für mangelhafte Entwickelung des Sept. ventriculorum könne man sie auch nicht halten, denn bei einer solchen Abnormität würde wohl die Kommunikation zwischen den beiden Kammern sich erhalten haben. Man möge die Entstehung derselben nun auch annehmen, wie man wolle, so müsse man wohl die Verschliessung des Ostium art. pulmon. für das Primäre halten, wenn diese auch nicht ein Vitium a prima conformatione gewesen sein könne, denn in diesem Falle würde die Art. pulmonalis nicht gleich ausserhalb der obturirenden Membran so vollständig entwickelt gewesen sein. — Was die physikalischen und pathologischen Folgen dieser Missbildung anbelangt, so dürften sie wohl etwa dieselben sein, wie bei der Verschliessung des Ostium Art. pulmonal., wobei das venöse Blut allein einen Ausweg durch ein grosses Foramen ovale findet. Das Resultat für die Zirkulation bleibt hier, wie in den meisten Missbildungen des Herzens, die Mischung von venösem und arteriellem Blute und Zirkulation dieser Mischung im grossen und kleinen Kreislaufe, und beruht die pathologische Wirkung davon auf dem Mischungsverhältnisse der beiden Blutarten in der linken Kammer. Die Menge des venösen Blutes beruht einfach auf der Vollständigkeit der Kommunikation zwischen beiden Herzhälften, die Menge des arteriellen Blutes beruht auf der Grösse der Zufuhr zu den Lungen, also auf der Weite des Ductus Botalli, und wirklich findet man oft, dass die Dimensionen desselben in einem genauen Verhältnisse zu dem Leiden des Organismus in Affektionen von dieser Art stehen. Merkwürdig war es daher in diesem Falle, in welchem alles venöse Blut direkt in die linke Hälfte des Herzens überging,

während die Zufuhr des arteriellen Blutes wegen der ziemlich geringen Dimensionen des Ductus Botalli geringer gewesen sein muss, dass das Leben so lange ohne auffallende Zeichen von irgend einem Allgemeinleiden bestehen konnte. In allen Fällen, sagt Herr H., welche er von der Missbildung, die der hier in Rede stehenden am nächsten steht, beschrieben fand, nämlich Verschliessung des Ostium Art. pulmonal., grosses Foramen ovale und offenen Ductus Botalli, war gleich vom ersten Athemzuge an starke Kyanose und Kälte vorhanden gewesen, und in dem in Rede stehenden Falle sei nichts von diesen bis zum Tode hin, ausser in den kurzen Paroxysmen, vorhanden gewesen, die Herr H. niemals beobachtete, indem sie schon vorüber waren, wenn er hinzukam. Herr Voss bemerkte, dass die Verschliessung der Art. pulmonalis angeboren oder aber nach der Geburt successiv aufgetreten sein könne, und dass er glaube, dass das Letztere am häufigsten sei. Wenn sie angeboren sei, so sei der rechte Ventrikel weniger entwickelt, als da, wo sie später auftrete. Am häufigsten finde man eine Kommunikation im Septum ventriculorum. In diesem Falle ströme das Blut vom rechten Atrium in den rechten Ventrikel, und von diesem direkt in den linken Ventrikel. An dem von Herrn Holst vorgezeigten Präparate sei die Oeffnung an der gewöhnlichen Stelle in der Pars membranacea Septi vorhanden, allein das Verhalten habe ein etwas anderes Aussehen, weil der rechte Ventrikel rudimentär sei. Man hätte das Verhalten der Art. bronchiales untersuchen müssen, worauf Herr Holst bemerkte, dass er solches gethan und sie nicht erweitert befunden habe. Der Ductus Botalli, meinte Herr Voss, könne fehlen, und dennoch könne das Blut durch die Lungenzweige der Art. bronchiales in die Lungen dringen. Im Museum sei ein Präparat vorhanden, in welchem Verschliessung der Art. pulmonalis ohne Ductus Botalli sich finde; das Blut sei hier durch die Art. bronchiales zu den Lungen gelangt. In diesem Falle hatte auch die Art. coronaria cordis Zweige längs der obliterirten Art. pulmonalis hingesendet, welche mit Zweigen von dieser kommunizirten. Was die Kyanose anbelangt, so bemerkte Herr Voss, dass

diese nicht so sehr von der Vermischung von arteriellem und venösem Blute, als davon herrühre, dass sich Hindernisse für die freie Passage des Blutes durch das Herz vorfinden. Selbst wenn das Blut durch abnorme Oeffnungen hindurch gehe, so würde sich nur Kyanose zeigen, wenn diese Oeffnungen so eng seien, dass das Blut deshalb in den peripherischen Theilen angehäuft würde.

V. *Bibliographie.*

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et Institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par M. P. Garnier, précedée d'une introduction par M. le Doct. Amadée Latour, I. Année 1864, Paris, 1865. 8., 500 Seiten.

Dieser alphabetisch geordnete medizinische Almanach, dessen erster Jahrgang uns hier vorliegt, soll einen Nachtrag zu allen medizinischen Wörterbüchern liefern. Der Hr. Verf. hat jedenfalls nur das Bedürfniss praktischer Aerzte im Auge; die Artikel sind kurz und enthalten das Wesentlichste aus dem abgewichenen Jahre. Wir geben einige Proben.

Coqueluche, Keuchhusten. Das Bluten aus den Ohren ist beim Keuchhusten bisweilen die Folge der heftigen Hustenanfälle; Triquet hat zwei, Gibb vier Fälle beobachtet. In allen entsprang das Bluten aus einem linienförmigen Risse des Trommelfelles, welcher immer wieder verwuchs. Findet dabei ein lebhafter Schmerz Statt, so setze man einen kleinen Schröpfkopf auf den Mastoidfortsatz oder einen Blutegel vor den Tragus des Ohres bei den Kindern. Zweckmässig ist auch, das zerrissene Trommelfell durch behutsam eingeführte Kügelchen von Watte unbeweglich zu machen; den Kranken vor starken Geräuschen zu bewahren und die Verwachsung des Risses dadurch zu begünstigen, dass man ein Stückchen von einem Goldschlägerhäutchen, welches mit elastischem

Kollodium bestrichen ist, einführt. — Ueber Ulzeration der Zunge beim Keuchhusten hat Jules Charles eine kleine Abhandlung herausgegeben (*Des ulcérations de la langue dans la coqueluche, par le Docteur Jules Charles, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 24 pages*). Diese Geschwüre der Zunge sind von Gamborini in 100 Fällen von Keuchhusten 54mal angetroffen worden. Man sieht quer über dem Bändchen der Zunge oder an den Seiten desselben eine Ulzeration von verschiedener Form, welche durch das Reiben und gewaltige Andrängen der unteren Fläche der Zunge gegen die schärfe Kante der unteren Zähne während der Hustenanfälle verursacht wird; diese Ulzerationen dauern gewöhnlich so lange der Keuchhusten anhält, und können als Merkmal für die Diagnose benutzt werden.

In Bezug auf die Behandlung des Keuchhustens ist die Inhalation von gewöhnlichem Leuchtgase zu erwähnen: Da man bemerkt hat, sagt das *Dagblaat* von Utrecht, dass Kinder, die am Keuchhusten litten, schnell von dieser Krankheit geheilt wurden, nachdem sie mehrmals täglich einige Minuten in einer Gasanstalt das gewöhnliche Leuchtgas eingeathmet hatten, so ist dieser Versuch von mehreren Aerzten wiederholt worden. So sind von Gallinelli in Bologna acht Kinder dreimal täglich der Inhalation von Leuchtgas unterworfen worden. Die Hustenanfälle hörten sogleich auf, aber kamen wieder, als man mit den Inhalationen nachliess; der Keuchhusten wurde nach Wiederaufnahme des Verfahrens sehr bald geheilt (*Bulletino medico di Bologna, Guigno 1864*). In Lyon sind die Versuche von Hrn. Rater wiederholt worden; dieser Arzt empfiehlt jedoch, die Kinder in der ersten Periode der Krankheit dieser Kur nicht zu unterwerfen, um entzündliche Komplikationen zu vermeiden (*Gaz. médic. de Lyon, Avril 1864*). In Paris dagegen haben die Versuche mit der Inhalation des Leuchtgases nichts geleistet. Blache hat zwei Kinder derselben Familie in einem vorgerückten Stadium des Keuchhustens achtmal in einer Gasanstalt der Inhalation des Gases unterworfen, aber keine Besserung, im Gegentheile eine merkliche Verschlimmerung der Hustenan-

fälle wahrgenommen. Bergeron, dem mitgetheilt worden war, dass bei einem Kinde drei Inhalationen schnell auffallende Besserung herbeiführten, versuchte diese Kur bei drei Kindern, aber ohne allen Erfolg. Eben so wenig Erfolg hatten Maingault und Roger mit diesem Mittel; nur Barthez hatte bei zwei Schwestern, welche regelmässig zur Gasanstalt gingen, eine vortheilhafte Wirkung gesehen; sie wurden nach acht Tagen von der Krankheit befreit, obwohl sich nicht bestimmt nachweisen liess, dass diese Heilung der Einathmung des Gases beizumessen gewesen wäre. Da das gewöhnliche Leuchtgas vor der Reinigung Ammoniak und flüchtige Oele enthält, so entstand die Frage, wodurch die vortheilhafte Wirkung erzeugt werde, wenn überhaupt solche gegen den Keuchhusten erreicht wird. Um darüber ein Urtheil zu haben, liess Blache ein grosses Gefäss mit den beim Reinigungsprozesse des Leuchtgases entstehenden Residuen füllen und Kinder, die am Keuchhusten litten, die Ausdünstungen aus diesen Residuen einathmen, aber er erlangte keinen Erfolg. Roger liess im Kinderhospitale in Paris einen grossen Raum mit einer bedeutenden Quantität dieser Residuen besetzen und darin mehrere Kinder, die fieberlos waren und im Abnahmestadium des Keuchhustens sich befanden, längere Zeit sich aufhalten. Es trat keine Besserung ein, obwohl das Zimmer mit den Gerüchen jener Gasrückstände in bedeutendem Grade angefüllt war. Nach Ansicht der genannten Aerzte hat diese neue Kur des Keuchhustens durchaus nichts für sich. Ihnen entgegen steht die Behauptung von Hrn. Commenge; nach seiner Angabe sind 88 am Keuchhusten leidende Kinder ohne alle andere Behandlung in einer Gasanstalt der Inhalation des Gases ernstlich unterworfen worden; 61 hatten den Keuchhusten sehr heftig und 27 etwas milder; 65 waren vorher schon auf verschiedene Weise ärztlich behandelt, aber 23 hatten noch gar keine Behandlung erfahren. Die Gasinhalation brachte 54 Heilungen und 24 Besserungen; nur 10 Fälle zeigten gar keinen Erfolg. In den Fällen von Heilung war 38mal der Keuchhusten sehr heftig gewesen und hatte 14 Inhalationssitzungen erfordert. In den 16 Fällen,

wo der Keuchhusten etwas milder war, waren nur 10 Inhalationssitzungen zur Heilung nöthig; Durchschnittszahl also 12 Sitzungen. — Interessant ist ferner die Notiz über die Zeitdauer des Keuchhustens. In 28 Fällen, wo er noch im Anfangsstadium war, betrug die Durchschnittszahl der zur Heilung nöthigen Inhalationen $12^1/_2$, in den 26 Fällen, wo der Keuchhusten schon älter war, $11^7/_{10}$, also eine sehr geringe Differenz. In den Fällen, wo nur Besserung bewirkt wurde, schwankte die Zahl der Inhalationen zwischen 9 und 10. Jede Inhalationssitzung dauerte gewöhnlich 2 Stunden, während welcher Zeit sich die Kinder in einem Raume befanden, in welchem ein sehr starker Gasgeruch bemerklich war. Das Alter der Kinder hatte keinen merklichen Einfluss auf das Resultat. Die Besserung zeigte sich schon nach wenigen Tagen durch den Wiedereintritt des Appetites, der Heiterkeit und des Schlafes, durch Verminderung der Hustenanfälle und durch Nachlass des Fiebers. Einige Fälle zeigten die entgegengesetzte Wirkung, indem in den ersten 4 bis 6 Tagen gerade die Zufälle sich steigerten; jedoch sind ernste Erscheinungen niemals eingetreten und bei beharrlicher Fortsetzung der Kur folgte endlich doch Besserung und Heilung.

Etwas weniger günstig ist das Urtheil von Hrn. Berthold. Von 901 Kranken, welche der Gasinhalation unterworfen worden, wurden nur 219 geheilt und 122 merklich gebessert. Verminderung der Hustenanfälle, Abnahme des Erbrechens, Wiederkehr des Schlafes, Erregung von Appetit, sind die ersten guten Wirkungen der Kur; 13 bis 14 Sitzungen von wenigstens stündiger Dauer, die Anfangs täglich, später zweitäglich, sich folgten, genügten vollständig. — Noch anders stellen sich die Erfahrungen des Hr. Ouimont. Von 35 Kindern, welche vom 12. April bis 4. Mai der hier genannten Kur unterworfen worden, hatte der dritte Theil Bronchitis oder Tuberkeln. Von 10 Fällen von reinem Keuchhusten bei Kindern zwischen 2 und 5 Jahren litten 3 an dieser Krankheit seit 5 bis 6 Wochen, die übrigen seit 6 bis 20 Tagen. Nur 4 merkliche Besserungen sind erreicht worden und auch diese nur in den Fällen, in denen die Krankheit

schon sehr alt war und vielleicht von selbst ihren Ablauf genommen hätte. Jede Inhalationssitzung dauerte ungefähr eine Stunde, aber wie viel Sitzungen gebraucht wurden, ist nicht angegeben.

Was die Wirkung des Mutterkornes gegen den Keuchhusten betrifft, so hat Hr. Zaniboui in Pieve bei einer vom Juni bis September 1864 dort herrschend gewesenen Keuchhustenepidemie 62 Kinder mit Mutterkorn behandelt. Er verordnete eine Abkochung von 2 Grammen Mutterkorn in 96 Wasser mit Zusatz von 48 Grammen Codeinesyrup, wovon er zweistündlich einen Theelöffel voll nehmen liess. Jedes Kind hatte durchschnittlich 6 bis 8 Grammen Mutterkorn genommen, ohne dass die Krankheit die geringste Veränderung erlitt; nur die Blutungen und das Erbrechen bei den Anfällen wurde auffallend gebessert, so dass daraus also vielleicht eine Indikation für dieses Mittel zu entnehmen ist. (*Gazz. medic. Lombard.* Nr. 43, 1864.)

Ein anderes Mittel, von England aus empfohlen, ist das hydrobromsaure Ammoniak (Bromammonium). Von Gibb ist erkannt worden, dass dieses Mittel, gleich dem Bromkalium, eine beruhigende, fast anästhetische Wirkung auf die Rachentheile hat, und Ritchie, am Kinderhospitale zu Edinburg, hat es bei 20 Kindern, im Alter von 3 Monaten bis 4 Jahren, die am Keuchhusten litten, versucht, und zwar in der Dosis von 3 bis 12 Gran täglich. Es hat besonders bei den ungefähr 2 Jahre alten Kindern sich nützlich erwiesen, wo der Keuchhusten weniger komplizirt aufzutreten pflegt, als bei jüngeren Kindern. Eine auffallend beruhigende Wirkung hat das Mittel überall gezeigt. Es hat namentlich die Anfälle sparsamer und milder gemacht. Man kann es nach Umständen verbinden mit Squilla, mit Ipekakuanha und selbst mit Brechmitteln.

Croup, Krup. Das zufällige Eindringen einer Bohne in die Luftwege und das gleichzeitige Auftreten von falschen Membranen ist von Hrn. Limousin bei einem 5 Jahre alten Mädchen beobachtet worden. Wenn das spontane Auswerfen des fremden Körpers am 11. Tage die eingetretenen Erstick-

ungsanfälle und auch den stattgehabten lebhaften Schmerz im Kehlkopfe erklärt, so lässt sich das später eingetretene Austreiben von falschen Membranen nur aus der herrschenden Epidemie herleiten. Der Fall ist durch diese Komplikation nicht ohne Interesse und hätte ohne diesen günstigen Ausgang zu mancherlei Irrungen der Diagnose Anlass geben können.

In Bezug auf die Behandlung des Krups wird bemerkt, dass bei einem Kinde, bei dem die wiederholten Brechmittel die Krankheit nicht beseitigt, vielmehr einen bedeutenden Kollapsus zurückgelassen hatten, Hr. Barthez anrieth, die Brechmittel durch Tonica zu ersetzen (Einblasen von Tannin, Chinamixtur). Da aber das Kind aus seiner Schwäche nicht herauskam, so fügte der Arzt den Gebrauch von Eis hinzu, indem er nämlich dem Kinde alle 10 bis 15 Minuten einen kleinen Theelöffel voll zermalmtes Eis eingab. Am Tage darauf war das Kind besser; die falschen Membranen lösten sich leicht los und Heilung trat ein. Aehnliche gute Erfolge hatte Hr. Lacaze in einer Familie, wo bereits zwei Kinder am Krup gestorben waren. Als nämlich noch drei Kinder von der Krankheit ergriffen wurden, gab er ihnen Tannin-Limonade mit Eis versetzt, verordnete dabei adstringirende Gurgelwässer und liess von Zeit zu Zeit kleine Stückchen Eis in den Mund nehmen. Sehr rasch stiessen sich bei diesem Verfahren die falschen Membranen im Rachen überall ab, die Schleimhaut wurde lebhaft roth, die Drüsenanschwellung so wie die Oppression und Adynamie verminderte sich. Das Verfahren wurde mehrere Tage beharrlich fortgesetzt und alle drei Kinder wurden geheilt. Bei einem 10 Monate alten Kinde, welches weder gurgeln noch trinken konnte, wurde reines Eiswasser alle halbe Stunde in den Rachen und die Nase eingespritzt (*Union médicale* Nr. 78, 1864). Diese Behandlung des Krups ist offenbar leichter und einfacher als jede andere. Die Nützlichkeit der Tonica beim diphtherischen Krup ist erwiesen und die Kälte ist unter Umständen ein kräftiges Tonicum. Allerdings bedarf es noch weiterer Beobachtung, um die richtigen Indikationen für Anwendung dieses chirurgischen Mittels festzustellen. In Deutschland ist das

Eis und das kalte Wasser schon mehrfach gegen Krup benutzt worden und in Frankreich ist man jetzt erst darauf aufmerksam geworden. Delacoux hat in einem Falle von Krup durch eiskalte Umschläge um den Hals Heilung bewirkt (*Journ. des conn. médic. Août 1864*).

Im Beginne dieses Jahrhunderts sind von Pinel und Alibert Aetherräucherungen gegen den Krup angewendet worden, Hr. Busson hat sie in zwei Fällen von ächtem Krup von Neuem versucht (*Abeille médic.* Nr. 38, 1864). Allerdings waren die Kinder schon mehrere Tage krank gewesen und hatten schon viele Mittel gebraucht. Die Aetherräucherung wurde auf folgende Weise bewirkt: Auf ein Glasgefäss, worin sich ungefähr 15 Grammen Aether befanden und welches in warmes Wasser gestellt wurde, um die Verdunstung des Aethers zu begünstigen, wurde ein Trichter aufgesetzt, dessen Rohr der Kranke in den Mund nehmen musste, um daran zu saugen. Nach einigen Einathmungen folgte ein heftiger Erstickungsanfall und der Kranke fühlte eine unbeschreibliche Angst. In diesem Kampfe unter heftigen Anstrengungen warf er falsche Membranen aus und fühlte sich erleichtert. In zwei Fällen geschah dieses ganz gleichartig und es bedurfte nur der Wiederholung der Räucherungen, um jedesmal einen Auswurf von falschen Membranen zu bewirken. Ruhe und Schlaf waren die nächste Folge und die Kräfte des Kranken hoben sich.

Leukorrhoe bei kleinen Mädchen. Zu den örtlichen und allgemeinen Mitteln, die man gegen dieses Uebel gewöhnlich anwendet, fügt Bouchut noch Koloquinthenklystire hinzu. Auf einen Koloquinthenapfel giesst man zwei Glas heissen Wassers und lässt es in einem zugedeckten Gefässe 24 Stunden stehen. Der dritte Theil genügt zu einem Klystire, welches man gibt, nachdem man vorher den Mastdarm hat entleeren lassen. Es folgen gewöhnlich sehr reichliche Stuhlgänge. Leichte Suppen und Gummiwasser zum Getränke bilden die Diät. Alle 5 bis 6 Tage wiederholt man dieses Verfahren und bisweilen ist der Ausfluss schon nach dem zweiten Klystire beseitigt.

citirten Stellen aus Suçruta aufmerksam liest, wird finden, dass jener Beweis beigebracht sei. Den hindostanischen Ursprung der Syphilis habe ich nicht mit einem einzigen Worte behauptet. Ich begreife nicht, wie Hr. Dr. S. Pappenheim mir eine solche Unterstellung machen konnte, wollte diese aber doch nicht stillschweigend übergehen.

Dr. Herrmann Friedberg.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bdn. — Gute Originalaufsätze üb. Kinderkrankheiten werden erbeten und nach Erscheinen jeden Heftes gut honorirt.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandl., Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journales beliebe man derselben oder den Verlegern einzusenden.

[BAND XLIV.] ERLANGEN, MAI u. JUNI 1865. [HEFT 5 u. 6.]

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Mittheilungen aus der Praxis.
Von dem Geheimen Sanitätsrathe Dr. Steinthal in Berlin.

Ein sonst munterer, freundlicher Knabe von 9 Monaten verfiel am 20. August 18— plötzlich in Zahnkrämpfe, die sich in Zwischenräumen von 1–2—3 Stunden wiederholten: er verfiel in Zuckungen, lag mit starrem Blicke oder mit verdrehten Augen ganz still und passiv da, meist ganz komatös, mit stöhnendem, ungleichmässigem Athem, und schwitzte zeitweise sehr stark. Die Pupillen reagirten gar nicht gegen vorgehaltenes Licht und das einzige erfreuliche Symptom war, dass der Knabe in den freien Intervallen noch die Brust nahm.

Er erhielt sofort zwei Blutegel und kleine Pulver von Kalomel und Rheum.

Obwohl nun in den nächsten 24 Stunden die Zuckungen fast ununterbrochen anhielten und das Kind viel zu still und passiv da lag, so nahm es doch die Brust ganz gut und sah unverfallen aus. Der Puls war heute langsamer, der Blick ruhiger, aber der Athem noch immer sehr ungleichmässig, wie abgebrochen, keine recht tiefe Inspiration; der Leib voll, gespannt. Das Kind erhielt am Abende ein Kamillenbad.

Auch am folgenden Tage nahm der Knabe die Brust, wie in gesunden Tagen, blieb noch unverfallen, aber viel zu

still und passiv. Der Athem war ganz auffallend alienirt: ein kurzes, hörbares, wiederholtes Ausstossen der Luft, dann ein leiseres, immer kürzeres Inspiriren, dann eine Pause, in der man den Athem gar nicht hört, dann wieder das laute Ausstossen, ab und an von tiefen seufzenden Inspirationen unterbrochen. Ab und an tritt ein Krampf ein, wobei das Kind starr bleibt und Zuckungen eintreten. Nach dem gestrigen Bade war eine Stunde Schlaf erfolgt, später noch eine Stunde: der übrige Theil der Nacht war ohne Schlaf. Im Laufe des Tages waren mehrere schleimige Stuhlausleerungen erfolgt. Die Pulver wurden fortgesetzt: auf die Brust ein kleines Vesikator applizirt.

Am vierten Tage war das Kind in einem viel bedenklicheren Zustande: es hatte seit gestern Abend die Brust nicht mehr genommen; der Athem ward immer ungleichmässiger, setzte häufig, oft 2–3 Sekunden, ganz aus, wobei man dem Knaben ausser einem starren, zum Strabismus hinneigenden Blicke nichts anmerkte. Auch an dem entblössten Thorax war nichts Auffälliges wahrzunehmen. Das Kind sah noch immer unverfallen aus, fieberte aber heute lebhaft.

Ich verordnete heute einen Moschussaft und am Abende sollte das Kamillenbad wiederholt werden.

Bei meinem Abendbesuche fand ich das Kind dem Anscheine nach dem Tode ganz nahe: es hatte nun schon seit 24 Stunden die Brust nicht mehr genommen, schluckte mühsam das ihm Dargereichte. Der Athem setzte noch immer häufig aus. Hin und wieder war es schon ganz kühl geworden, sah auffallend verändert aus und lag ganz erschöpft da.

Zu meinem nicht geringen Erstaunen fand ich am anderen Morgen (fünfter Tag) den Knaben wesentlich verändert. Er hatte gut geschlafen, hatte nicht allein die Brust wieder genommen, sondern sogar begierig getrunken und sich nach Allem umgeblickt. Auch der Athem war gleichmässiger und ruhiger geworden.

Dieser kaum zu erklärende Anflug von Besserung hielt jedoch nicht lange an: im Laufe des Vormittags trat wieder ein heftiger Krampfanfall ein, wobei das Kind mit dem Kopfe hin und her schüttelte und die Beine krampfhaft in die Höhe

geschleudert wurden. In Folge dessen war der kleine Patient schon gegen Mittag wieder viel unruhiger und angegriffener und verweigerte wieder am Nachmittage die Brust.

Der sechste Tag brachte wieder einzelne Krampfanfälle; das Kind blieb vorherrschend schläfrig und nahm nur sehr dürftig einige Nahrung zu sich. Die Brust hatte es nun schon seit 24 Stunden nicht mehr genommen und dennoch war das Allgemeinbefinden am folgenden Tage nicht verschlimmert zu nennen. Das Kind hatte viel Schleim im Munde; der Athem war wieder sehr ungleichmässig, der Puls wieder gehobener, mässig beschleunigt. Bei dem Versuche, mit dem Finger die Zunge niederzudrücken, zeigte das Kind eine merkwürdige Resistenz und weinte dabei. Von Trismus war keine Spur vorhanden.

Am achten Tage, wo sonst Alles beim Alten geblieben war, stellte sich ein heftiger Opisthotonus ein unter starkem Winseln des Kindes. Auffallend war es heute, dass die ganze linke Seite regungslos blieb.

Am neunten Tage hatte das Kind, obwohl es jetzt vom Krampf wenig frei blieb, wieder mehrere Male mit Begierde die Brust genommen.

Ich liess nun im lauen Unterbade einige kalte Begiessungen machen, wogegen das Kind nur wenig reagirte; dass die ganze linke Seite gelähmt war, zeigte sich im Bade ganz unverkennbar.

Unter stets zunehmenden und anhaltenderen Krämpfen, die zuletzt den ganzen Körper durchschüttelten, starb das Kind am zehnten Tage Nachmittags.

Einundzwanzig Stunden nach dem Tode bot die Leiche viele blaurothe Flecke an den Armen und auf der Dorsalfläche dar.

Nach Eröffnung der Kopfhöhle zeigte sich die Dura mater nur wenig adhärent: das Gehirn war mässig injizirt, auf der rechten Hemisphäre mehr, als auf der linken. Es war durchgehends ganz breiartig weich, mehr rechts, als links. Der rechte Seitenventrikel war voller Wasser. Auch das kleine Gehirn war ungewöhnlich weich. Nach der Basis cranii hin war die harte Hirnhaut sehr fest adhärirend.

Die Lungen boten nichts Abnormes dar. An dem Herzen war der linke Ventrikel sehr dickwandig, wenigstens viermal so dick als der rechte, aber blutleer. Ausserdem war Alles normal.

Auch die Baucheingeweide boten nichts Krankhaftes dar.

Anfangs Juli 1853 ward ich zu einem zehnmonatlichen Kinde gerufen, das angeblich seit zwei Tagen fast alle Nahrung verweigerte. Das kleine Mädchen hatte keine Hitze, keine erhöhte Temperatur des Kopfes, bot aber, bei grosser Starrheit des Blickes und Benommenheit, öftere Konvulsionen dar und war schon seit mehreren Tagen verstopft. Bei genauerer Nachforschung erfuhr ich, dass das Kind schon über vierzehn Tage krank war und namentlich, dass es täglich zweimal gebrochen hatte, ohne dass man ärztliche Hülfe nachgesucht hatte.

An eine Erhaltung des sehr elenden, unruhigen Kindes, bei dem ich eine akute Gehirnerweichung vermuthete, konnte ich unter den obwaltenden Umständen nicht denken. Pulver aus Kalomel und Zinkblumen, ein Klystir, ein warmes Kamillenbad brachten wohl etwas mehr Ruhe, aber die Konvulsionen, die Starrheit des Blickes, der Torpor alvi dauerten fort, ebenso die Verweigerung der Nahrung. Schon am folgenden Abende fand ich es sterbend: der Puls nicht mehr zu fühlen, der Athem mühsam, lange aussetzend, der Herzschlag zitternd, Augen starr, ganz eingesunken, Hände roth, bis an die Oberarme blauroth. Es starb ohne langen Kampf eine Stunde nach meinem Abendbesuche.

Einundzwanzig Stunden nach dem Tode unternahm ich die Sektion.

Der Ausdruck der Leiche war ein freundlicherer, als der des agonisirenden Kindes: die Augen waren noch weit geöffnet, die unteren Extremitäten sehr gestreckt, aber das Kyanotische der Arme und Nägel war etwas mehr zurückgetreten.

Am Schädel war die grosse Fontanelle noch sehr weit geöffnet und eingesunken. Der Schädel zeigte sich beim Durchsägen auffallend dünn, so dass man mit grosser Vor-

sicht zu Werke gehen musste, zumal die Dura mater fest an der inneren Schädelfläche adhärirte. Man musste dieselbe gleich ringsum mit dem Schädel vom Gehirne abtrennen. Unter der harten Hirnhaut und in den Gehirnhöhlen war reichlich Wasser ausgetreten. Das Gehirn sah in situ wie angefeuchtet aus. Es war nicht möglich, dasselbe, noch so behutsam angefasst, im Zusammenhange herauszunehmen. Es war in seiner Totalität erweicht und zerging unter den Händen. Alles war ein weisser, homogener Brei, an dem sich einzelne Theile anatomisch nicht mehr darlegen liessen. Auch das kleine Gehirn war sehr weich; nur die Medulla oblongata hatte ihre normale Struktur und Konsistenz.

Ein vierjähriger Knabe, der notorisch von einer syphilitischen Amme genährt worden war und als äusserliches Merkmal Condylomata lata davon getragen hatte, litt später öfters an Koliken, die durch kleine Dosen Rizinusöl sich stets linderten. Anfangs August 18— erkrankte er in einem benachbarten Städtchen an einer Gastrose, wogegen der Arzt ein Brechmittel verordnete. Er ward aber kränker und wurde sofort nach Berlin gebracht, wo ihm der behandelnde Arzt, der ihn von Geburt an kannte, wegen Tympanitis und Kolikschmerzen Rizinusöl gab, dieses Mal ohne Erfolg. Am 9. Aug. fand ich das Kind mit einem hoch aufgetriebenen, überall tympanitisch tönenden in der linken Seite mässig empfindlichen Bauche in grosser Apathie da liegend, die Augen tief eingesunken, dunkel umringelt, Hauttemperatur kühl, Puls klein, frequent. Der Knabe hatte mehrere Male gebrochen, blieb aber, wiederholte Klystire ungeachtet und bei dem innerlichen Gebrauche von Rizinusöl, verstopft. Er antwortete auf meine Frage ganz richtig, er heisse Georg, wiederholte aber nun seinen Namen unaufhörlich und war offenbar in einer Art von Betäubung.

Ich liess die schon verordneten kalten Umschläge auf den Bauch fortsetzen, liess kalte Klystire appliziren, gab innerlich Aq. magnes. bicarbonicae, später eine grössere Dosis Kalomel, Ol. Ricini mit gtt. $^1/_3$ Ol. Croton, ein laues Bad mit kalten Begiessungen des Leibes.

Am Nachmittage erfolgte eine starke, fast theerartige, ziemlich geruchlose Ausleerung, aber unter zunehmender Tympanitis und stärkerem Brechreize. Die Unruhe des Kindes steigerte sich, das Gesicht kollabirte, der Puls war sehr gesunken, und ich verliess um 7 Uhr Abends den Knaben in einem hoffnungslosen Zustande.

Den bisherigen Mitteln wurde noch eine Moschustinktur und eine Einreibung von Krotonöl hinzugefügt.

Gegen 4 Uhr Morgens erfolgte der Tod.

Vierundzwanzig Stunden nach dem Tode zeigten sich die Bauchdecken ganz grün: der Leib war hoch aufgetrieben. Aus dem Munde floss ein gelbliches Serum.

Nach Zurückschlagung der Bauchdecken und des Peritonaeum zeigten sich das Ileon und das Colon transversum besonders hoch aufgetrieben: nach Anstechung dieser Därme entwickelte sich viel Luft und sie sanken nun zusammen, nachdem sich noch eine gelbliche fäkulente Masse entleert hatte. Der Magen und die Därme wurden nun herausgenommen und genau untersucht. Im Ileon, etwa ein Fuss oberhalb des Coecum, zeigte sich eine feste Zusammenschnürung, die nur mit Mühe eine dünne Sonde durchliess. Unmittelbar über dieser verengten Stelle bildete das Ileon ein nierenförmiges Konvolut von festweicher Konsistenz. Der Darm ward nun an dieser Stelle vorsichtig aufgeschlitzt und brachte ein fleischiges Kontentum zu Tage von Nierenform und jenes Darmstück ganz ausfüllend. Ober- und unterhalb jener Striktur waren Ileon und Kolon entzündet; das letztere enthielt an einer Stelle noch dieselben schwarzbraunen, brandigen Massen, wie sie einmal bei Lebzeiten abgegangen waren. —

Im Sommer 1854 wurde ein kleines Mädchen in der Nacht unwohl: das Kind schlief unruhig, erbrach sich mehrere Male, war am Morgen etwas schläfrig, klagte über Halsweh und am Rumpfe zeigte sich eine des Scharlachs verdächtige Hautröthe. Am Abende hatte sich der Ausschlag allgemein verbreitet; das Kind fieberte lebhaft und war noch immer

sehr schläfrig. Die kleine Patientin wurde kühl gehalten und erhielt ein Abführmittel.

Obwohl nun in der Nacht zweimal Oeffnung erfolgt war und das Fieber sich etwas gemässigt hatte, so dauerte doch die Schläfrigkeit fort: das Exanthem stand in voller Blüthe, die Angina hatte sich vermehrt.

Gegen Abend liess ich, da Fieber und Benommenheit sich gesteigert hatten, vier Blutegel hinter den Ohren appliziren und alternirend mit einer Solut. natr. nitr. Pulver von Kalomel mit Magnes. carb. reichen.

Die Blutegel sogen gut, indessen die Hitze und namentlich die erhöhte Temperatur des Kopfes, der beschleunigte Athem dauerten fort, und ich liess deshalb den Kopf kalt fomentiren.

Die Nacht verlief nun erträglich: das Kind hatte viel geschlummert, mehrere Male unter sich gemacht, auch reichlich Urin in's Bett gelassen. Um $5^1/_2$ Uhr Morgens fand ich das Kind in einer merklichen Remission: Gefässfieber und Hitze hatten sich gemindert, der Athem war immer noch rasselnd, aber nicht mehr so beschleunigt; die Kleine schluckte gut, zeigte mir die Zunge und sagte mir auf Befragen, der Hals thue ihr weh.

Aber schon im Laufe des Vormittags nahm die Benommenheit, die trockene Hitze, das Fieber wieder zu. Nur nach langem, lautem Zurufen erwachte Patientin wie aus einem tiefen Schlafe, streckte nun auf Verlangen die Zunge hervor, versank aber gleich wieder in Sopor.

Es wurden sofort acht Blutegel angelegt, die übrigen Mittel, auch die kalten Umschläge, beibehalten, und saure Waschungen von 20° R. angeordnet.

Im Laufe des Tages waren mehrere, sehr übelriechende, nicht ganz dünne Stuhlausleerungen erfolgt: der Sopor dauerte fort. Statt der Kalomelpulver interponirte ich nun, da die Hitze sich gemässigt, der Puls kleiner geworden war, eine Solut. ammon. carbon.

Die Nacht brachte keine wesentliche Aenderung: indessen war das Kind am folgenden Morgen (dem vierten Tage) offenbar kränker, insoferne, als sich bei anhaltendem, tiefem Sopor eine grosse Ungleichmässigkeit des Pulses, des Athems,

der Hauttemperatur kund gab und namentlich die Füsse so kühl wurden, dass man sie besonders erwärmen musste.

Gegen Morgen (fünfter Tag) stellten sich zum ersten Male etwas Konvulsionen ein, so dass ich zu einer Moschustinktur meine Zuflucht nahm. Die kalten Umschläge auf den schon seit einigen Tagen abgeschorenen Schädel waren nicht mehr ausreichend und ich machte daher im lauen Unterbade mit ʒβ Kali causticum kalte Begiessungen (9 Uhr Morgens). Die Reaktion war eine so heftige, dass ich mit vier Begiessungen abbrechen musste: das Kind zeigte jetzt die Zunge und schlug auch einige Male die Augen auf.

Um 11 Uhr war das Kind noch besinnlicher; es zeigte stets auf Verlangen die Zunge, schlug die Augen zum Oefteren auf und hatte sogar einmal nach der Mutter verlangt. Bei alledem konnte man sich keinen reellen Hoffnungen hingeben: das Kolorit des Kindes näherte sich dem kyanotischen: der sehr ungleichmässige Puls war an der linken Hand gar nicht mehr zu fühlen, die Füsse waren fast kalt.

Der Moschussaft wurde mit der Solut. ammon. carb. alternirend fortgesetzt: die Füsse wurden in Flanellstücken eingewickelt, die mit heissem Kamillenabsude und Essig imprägnirt waren. In den Nacken wurde ein Vesikat. gelegt.

Um 3 Uhr wurde noch ein Bad ohne Begiessungen gegeben, und in der That wurde noch einmal insoferne ein besserer Zustand erzielt, als die Kranke wieder etwas besinnlicher ward, eine gleichmässigere Wärme sich über den ganzen Körper verbreitete, auch der Puls sich wieder mehr gehoben hatte und der Athem ruhiger geworden war. Auch die Nacht verlief wieder ganz erträglich und am anderen Morgen zeigten sich einzelne Momente von Besinnlichkeit, in denen das Kind den Moschussaft und die andere Arznei deutlich unterschied. Nur der Puls war sehr klein und ungleichmässig, an der linken Hand nur undeutlich, zu fühlen.

Einige Stunden später war der Athem sehr beschleunigt und röchelnd, der Puls fast gar nicht mehr zu fühlen, die Vorderarme, wie die Füsse, kalt und kyanotisch.

Um 12 Uhr Mittags erfolgte der Tod. Die Sektion wurde nicht gestattet.

Ein Knabe von $2^3/_4$ Jahren war eines Tages beim Klettern vom Sopha auf eine Fussbank und von da zur Erde gefallen, mit dem Kopfe voran. Er hatte gleich aus der Nase geblutet. Seit der Zeit machten sich einige verdächtige Symptome bemerkbar, die wenigstens nicht unbeachtet bleiben durften, da sie auf eine Gehirnerschütterung hindeuteten. Der Knabe liess es sich ruhig gefallen, zu Bette gebracht zu werden, hatte einige Male Erbrechen, schlief viel und es zeigten sich ab und an kleine Zuckungen. Ich liess sofort 2 Blutegel an die Stirngegend setzen, welche reichlich nachbluteten, hinterher wurden kalte Umschläge gemacht und einige Kalomelpulver gereicht. Patient zeigte sich nicht unbesinnlich, war aber auffallend still, verlangte nicht, aufzustehen. In diesem Zustande verblieb der Knabe den ganzen Tag über. Am Abende liess ich ihn ganz rasch aus dem Bette nehmen, die plötzlich aufrechte Stellung änderte nichts in seinem Befinden; beide Pupillen reagirten normal gegen eine vorgehaltene Wachskerze! Das Kind verfolgte das in verschiedene Richtungen gebrachte Licht, ebenso eine vorgehaltene Uhr. Es forderte zu Stuhl und hielt die Entleerung auf, bis es auf dem Töpfchen sass. Es erfolgte nun eine penetrant stinkende, reichliche Stuhlausleerung und die Besinnlichkeit war vor Schlafenzeit eine vollständige. Die Nacht verlief ruhig. Der Knabe zeigte sich am folgenden Tage lebendiger und beweglicher als gestern und war bei voller Besinnung. Da der Leib noch ein wenig voll und gespannt war, so erhielt er alle 3 Stunden einen Kinderlöffel voll Syr. senn., die noch einige Male wirkten und das fernere Befinden ungetrübt erhielten.

Ein siebenjähriger, munterer, fast wilder Knabe fiel eines Tages, kurz nach dem Mittagessen, in der Schulklasse, beim raschen Uebersteigen über einen Tisch, über die Bank weg auf den Hinterkopf zur Erde, blieb aber so besinnlich, dass der anwesende Lehrer keinen Anstand nahm, ihn ohne Begleitung in die benachbarte Wohnung zu schicken. Er kam ganz besinnlich nach Hause, klagte aber bald über Schwindel und erbrach zweimal. Nach etwa zwei Stunden, wo ich ihn zum ersten Male sah, erzählte er mir genau den ganzen Vor-

gang, unter Anderem auch, dass sein Lehrer ihn gefragt habe, ob er auch allein nach Hause gehen könne? Ich fand ihn ganz munter auf dem Sopha liegend; am Hinterkopfe war eine kleine Beule bemerkbar. Als ich ihn nun aufstehen und umher gehen liess, zeigte er einen etwas taumelnden Gang und klagte wieder über Schwindel. Die Pupillen boten nichts Abnormes. Ich empfahl einstweilen ruhige Lage und kalte Umschläge.

Obwohl nun der Knabe gut geschlafen hatte, so klagte er doch am anderen Morgen wieder über Schwindel und erbrach einige Male. Ich zögerte deshalb, ungeachtet er übrigens munter war, nun nicht länger, Blutegel hinter den Ohren zu appliziren und liess ihn alle 2 Stunden gr. jj Kalomel nehmen. Auch am folgenden Morgen stellte sich noch etwas Erbrechen ein: der Schwindel war heute mässiger und rascher vorübergehend. Leibesöffnung war nach und nach achtmal erfolgt.

Am nächsten Morgen war nur noch ein leiser Anflug von Schwindel: im Uebrigen nichts Abnormes zu bemerken.

Unter Fortsetzung möglichster Ruhe und kalter Umschläge liess ich ihn nun mehrere Wochen eine Solut. Kalii jodat. nehmen, brach alsdann damit ab, und sandte ihn, da er sich ganz wohl befand, nach Ablauf eines Monates wieder zur Schule.

Bei älteren Kollegen darf ich wohl kaum der Besorgniss Raum geben, dass man mir bei Durchlesung der beiden vorstehenden Fälle zurufen werde: „much ado about nothing!“ Ich kann mir es jedoch nicht versagen, bei dieser Gelegenheit an das zu erinnern, was ich vor einer Reihe von Jahren in meinen „Beiträgen zur Lehre von den Enkephalopathieen des kindlichen Alters“ bemerkt habe:

„Am tückischsten sind diejenigen Fälle von Hirnerschütterung, meist bei älteren Knaben, die durch einen Fall aus einer oft mässigen Höhe, durch Stoss und Sturz herbeigeführt, sich so schleichend und langsam, oft erst nach mehreren Wochen, zu einer exsudativen Gehirnentzündung heranbilden, dass sie meist nicht eher zur Kenntniss des Arztes gelangen,

als bis jede Hülfe zu spät ist. Ich entsinne mich theils aus der Praxis meines berühmten Lehrers, theils aus eigener, mindestens sechs tödtlicher Fälle dieser Art, in denen bis zu vier Wochen vergangen waren, ehe die Eltern die geringste Veranlassung fanden, die anscheinend durch den geschehenen Fall oder Stoss unverletzten Kinder irgendwie für krank zu halten, bis endlich plötzliche Krämpfe und deutlich entzündliche Hirnzufälle eine schleunige, aber nun immer erfolglose Hülfe erheischten. In allen Fällen dieser Art ergab die Sektion die Erscheinungen des Hydrocephalus acutus oder, wenn der Tod rasch eintrat, die Entzündung der Gehirnhäute." —

Notiz über Abdominaltyphus bei Kindern und besonders über Alalie, von Dr. Friedrich in Dresden.

In Bezug auf Dr. Weisse's Notizen in Heft 11 u. 12 vorigen Jahrganges des Journals für Kinderkrankheiten, betreffend die Alalie beim Typhus abdominalis der Kinder, und die dabei angezogenen in einer Monographie: der Abdominaltyphus der Kinder S. 72 erwähnten zwei Fälle von „Aphasie" muss ich bemerken, dass, nach Dr. Weisse's Vermuthungen und nach meinen desfallsigen Notizen, die betreffenden Fälle allerdings als solche von „Alalie" oder, wie Trousseau in seinen neueren Vorträgen über diese von ihm zuerst beschriebene Krankheit sie nennt, von „Aphasie" anzusehen sind. Die von mir erwähnten Fälle kamen merkwürdigerweise beide im Monate November des Jahres 1852 vor und betrafen, wie Dr. Weisse a. a. O. erwähnt, einen neunjährigen Knaben und ein eilfjähriges Mädchen; bei ersterem trat die Alalie in der dritten Woche, bei letzterer in der zweiten Woche der Krankheit auf. In beiden Fällen endigte, wie in Dr. Weisse's Fällen und in dem Falle von Dr. Klusemann (Preuss. Vereinszeitg. 1844 Nr. 12), die schwere Erkrankung mit Genesung, so dass Dr. Weisse

vielleicht Recht hat, wenn er meint, dass man bei dem Auftreten dieser Erscheinung im Abdominaltyphus der Kinder eine günstige Prognose stellen könne. Den mir noch vorliegenden Notizen, die natürlich ihrer Zeit ohne Berücksichtigung der uns jetzt hauptsächlich interessirenden Momente der Krankheit aufgenommen wurden, entnehme ich noch Folgendes, was sich zum Theile in den Beobachtungen Trousseau's wiederholt hat und seine und Weisse's Vermuthungen bestätigt. Bei dem neunjährigen Knaben zeigte sich schon in der ersten Woche der Krankheit Schwerbesinnlichkeit, in der zweiten Woche Steifigkeit der Flexoren der Extremitäten, Rückwärtsbohren des Kopfes und Unfähigkeit, die Zunge hervorzustrecken; in der dritten Woche trat die Alalie auf, wobei der Kranke Alles verstand, auch die Zunge wieder zeigen, jedoch nur durch Zeichen sprechen konnte, öfter stiess er eine Art heiseren Geschreies aus; die Alalie verlor sich nach vierzehn Tagen allmählig, d. h. im Laufe einiger Tage, doch war anfänglich die Sprache heiser; mit dem Auftreten ungeheuren Appetites erfolgte darauf rasche Genesung. Bei der eilfjährigen Kranken trat die Alalie, wie erwähnt, in der zweiten Woche des Abdominaltyphus auf, nach vierzehntägiger Dauer derselben gesellte sich Taubheit hinzu, die Kranke schrie viel, und erst nach beinahe dreiwöchentlicher Dauer der Alalie konnte die Kranke einzelne Worte sprechen, bis nach einigen Tagen die Sprache zusammenhängender wurde; bei trefflichem Appetite erfolgte dann eine zwar langsamere, aber stetige Genesung der sehr herabgekommenen Kranken.

Ohne für die subtilen Annahmen Trousseau's in Betreff des Sitzes der Krankheit und ihrer Lokalisation im Gehirne Anhaltspunkte zu bieten, scheinen doch die angeführten beiden Fälle in ihren Erscheinungen für die Vermuthung Weisse's zu sprechen, dass die Ursache der Alalie in dem Vorhandensein eines unbeträchtlichen Exsudates in der Gegend des kleinen Gehirnes und der Medulla oblongata zu suchen sei.

Dresden, im April 1865.

Ueber den epidemischen Genickkrampf oder die Meningitis cerebro-spinalis epidemica, vom k. Kreisphysikus Dr. Litten in Neustettin.

Die Meningitis cerebro-spinalis, die sich auch anderweitig vielfach gezeigt hat, hat in unserem Kreise eine sehr ausgedehnte epidemische Verbreitung gefunden. Fälle der Art sind aus verschiedenen Dorfschaften zu meiner Kenntniss gekommen. In einzelnen dieser Ortschaften grassirte Scharlach, in den anderen hat sich kein authentischer Fall dieses Exanthemes gezeigt. Es sind bisher nur Kinder von $^1/_2$ bis 6 und 7 Jahren von dieser Krankheit ergriffen worden, und ist mir in unserem Kreise noch kein Fall zur Kenntniss gekommen, wo ein Erwachsener davon ergriffen worden wäre.

Die Krankheit tritt so mörderisch auf, dass mehr als die Hälfte der davon ergriffenen Kinder derselben erlegen sind, in mancher Familie sind 3—4 Kinder gestorben. Das Dorf Burzen hat seit Ende Januar einige zwanzig Kinderleichen, die meist alle eine Beute dieser Krankheit gewesen sind. Die Kleinen, die kurz vorher ganz munter gewesen sind, werden plötzlich ohne alle Vorboten von Erbrechen befallen, bekommen dann Krämpfe oder verlieren die Besinnung und liegen mit nach hinten gebogenem Kopfe bewusstlos da. Das Erbrechen wiederholt sich noch einige Male. Aus diesem Sopor sind die Kinder durch nichts zu erwecken; nur wenn sie aufgerichtet werden, wimmern sie, reissen die Augen auf, schlagen um sich und verrathen durch heftige Gestikulationen lebhaften Schmerz in den kontrahirten Nackenmuskeln, die den Kopf stark nach hinten ziehen. Die Pupillen sind kontrahirt, die Temperatur des Kopfes nicht merklich erhöht, während der übrige Körper wärmer als gewöhnlich, aber nicht heiss ist. Die Kiefer sind fest an einander geschlossen, so dass der Mund schwer zu öffnen ist. Was zwischen die Zähne gebracht wird, zermalmen die Kinder, ohne zu schlucken. Andere knirschen fortwährend mit den Zähnen. Die Zunge ist, wo man sie zu Gesichte bekommen kann, weiss belegt. Die Wangen sind meist bleich, und wo vor-

übergehend eine flüchtige Röthe auf denselben erscheint, schimmert die Blässe durch. — Während der Krampfanfälle sind Wangen und Lippen dunkelroth, auch blau gefärbt. Der Puls ist sehr beschleunigt, und die Karotiden pulsiren lebhaft. Der Bauch ist nie eingefallen, sondern pastös aufgetrieben, viele Borborygmen sind hörbar; nur wenn die Kinder länger leben, was nur in den ohne Krampf auftretenden Fällen vorkommt, zieht sich nach einigen Tagen der Bauch ein. Der Stuhl ist bald sparsam, bald durchfällig.

Die Kinder, die gleich im Anfange von Krämpfen befallen werden — und das sind meist solche von 1 Jahr und darunter — gehen in 12 bis 24 Stunden zu Grunde, die Krämpfe dauern entweder an, oder kehren in kurzen Zwischenräumen wieder, und Lähmung schliesst die Szene. Diejenigen, welche länger leben, gehen ebenfalls nach einigen Tagen zu Grunde, wenn die Krämpfe nicht bald nachlassen oder das Bewusstsein nicht bald zurückkehrt. Bei denen, die am Leben bleiben, wird das Sensorium nach 24 Stunden freier; sie haben zwar noch einen starren Blick und stieren viel nach oben; sie erkennen aber ihre Umgebung und zeigen auch Verlangen nach Getränk; das Genick bleibt aber noch lange nach hinten gekrümmt und ist ohne Schmerz nicht gerade zu richten. Die fieberhaften Symptome gewinnen nun an Konsistenz; die Wangen zeigen ein lebhaftes Roth, die Haut turgeszirt stärker, die Hitze ist gleichmässiger verbreitet, der Puls gewinnt an Fülle. Nun bildet sich ein eigenthümlicher Belag auf der ganzen Mundschleimhaut; nicht nur die Oberfläche der Zunge, sondern auch die untere Fläche derselben, Lippen, Zahnfleisch, Gaumen sehen aus, als wenn weicher, weisslicher Käse auf dieselben aufgestrichen wäre. Mit zunehmender Besserung, die sich aber sehr in die Länge zieht, verliert sich dieser Belag allmählig, indem er immer dünner wird, oder indem er einen sehr gerötheten Grund zurücklässt. Mit dem Besserwerden dieses Belages hält die allgemeine Besserung gleichen Schritt, Fieber, Hitze, Durst lassen nach, und es stellt sich etwas Appetit ein. Nur sehr langsam finden sich die Kräfte wieder.

Bei den meisten dieser Kranken ist auch nicht eine An-

deutung von Exanthem bemerkbar gewesen, nur bei einigen hat sich eine flüchtige gefleckte helle Röthe an den Armen, Beinen und der vorderen Fläche der Brust gezeigt. Bei einigen habe ich auch eine Anschwellung der Tonsillen mit diphtheritischem Belage gefunden, bei einem Kinde sogar so starke Geschwulst derselben, dass das getrunkene Wasser zur Nase wieder herausfloss; bei den meisten ist dieses Symptom aber nicht bemerkbar gewesen.

Bei einigen Kranken stellten sich schmerzhafte Gelenkaffektionen ein, die wie bei Artikularrheumatismus den Ort wechselten. Auch Anasarca und flüchtige Oedeme mit Albuminurie habe ich in seltenen Fällen in der Rekonvaleszenz beobachtet.

Bei allen habe ich aber eine schwärzliche Färbung der Haut an den Bauchdecken und der inneren Fläche der Oberschenkel in der Rekonvaleszenz gefunden. Die Haut sah hier wie beschmutzt aus, war aber durch Waschen nicht zu reinigen, und fühlte sich rigide an. Erst sehr spät, wenn die Kleinen schon lange genesen waren, löste sich hier die Epidermis ab, während auf der Brust sich schon während der Krankheit kleienförmige Abschuppung in einigen Fällen gezeigt hatte.

Ein Kind, das Anasarca und Albuminurie, auch Gelenkaffektionen, gehabt hatte, ward durch diese Krankheit erblindet, obgleich die Gehirnaffektion nur 24 Stunden angedauert hatte. —

Neben dieser Meningitis cerebro-spinalis kamen auch einzelne Fälle von blosser Cerebral-Meningitis vor, die aber nicht minder gefährlich war. —

Ich halte diese Cerebro-Spinal-Meningitis, die ich in unserem Kreise zu beobachten Gelegenheit hatte, für keine primäre, sondern für eine sekundäre, und zwar aus scharlatinöser Blutintoxikation entstandene. Ich will nicht bestreiten, dass an anderen Orten die Krankheit als eine genuine aufgetreten ist; bei uns glaube ich aber mit Bestimmtheit behaupten zu können, dass sie nichts weiter ist, als ein verstecktes Scharlach.

Für diese Behauptung führe ich folgende Gründe an:

1) Hat die Krankheit in unserem Kreise nur Kinder bis zu 6 und 7 Jahren befallen, und ist kein Fall von dem Ergriffensein eines Erwachsenen bekannt geworden.

2) In denjenigen Orten, in denen Scharlach unzweifelhaft grassirt, sind die Symptome dieser Krankheit in derselben Art aufgetreten, wie in den Ortschaften, in denen sich keine Spur von einem Exantheme gezeigt hatte. Dass in diesen keine Hauteruption zu Tage gekommen ist, liegt in dem Charakter der Epidemie, die um so bösartiger auftritt, je weniger der Organismus im Stande ist, das Gift auf die Oberfläche zu werfen. In einer und derselben Familie konnte man beobachten, dass Ein Kind vom Scharlach ergriffen wurde, während andere an Cerebro-Spinal-Meningitis ohne jede Spur von Exanthem zu Grunde gingen, und noch andere an Angina und gastro-enteritischen Zufällen ohne alle Hauteruption litten. So erkrankte bei einem Bauer (Heller in Pinnow) ein Knabe an Scharlach, nach einigen Tagen starben zwei an dieser Meningitis in 24 Stunden ohne Exanthem, und drei andere erkrankten bald nachher an fieberhafter Reizung der Magen-Darmschleimhaut ohne Ausschlag.

3) In mehreren, wenn auch sehr vereinzelten, Fällen habe ich bei den Kleinen eine flüchtige Scharlachröthe beobachtet. Ebenso spricht die in einigen Fällen bemerkte Angina tonsillaris für Scharlach. Ferner die kleienförmige Abschuppung auf der Brust, die hie und da gesehen worden ist, und die schmutzige Färbung der Bauchdecken und der inneren Fläche der Oberschenkel. Dieses Aussehen der Oberhaut, als wenn sie mit Schmutz bedeckt wäre, habe ich in verschiedenen Scharlachepidemieen in allen den Fällen bemerkt, in denen das Exanthem keinen normalen Verlauf gemacht, sondern sich nur flüchtig gezeigt hatte und dann schnell erblasst war.

4) Auch die Nachkrankheiten bei einzelnen dieser kleinen Patienten sprechen für Scharlach, so der Gelenkrheumatismus, der Hauthydrops, die flüchtigen Oedeme und die Albuminurie.

5) Der Verlauf der Krankheit in allen den Fällen, in denen Besserung eintrat, spricht gegen die Existenz einer primären Meningitis. Nach 24 Stunden kehrte die Besinnung

wieder, die Kinder waren nur noch etwas stupide, und nichts erinnerte an das Dasein einer wesentlichen Affektion des Gehirnes und Rückenmarkes, als die noch bestehende Kontraktion der Nackenmuskeln. Dagegen machten sich Reizungen und diphtheritische Affektionen des Darmtraktus bemerkbar, wie sie bei Scharlach nicht selten sind, wenn nach Verschwinden des Exanthemes noch keine vollständige Purifikation des Blutes eingetreten ist.

6) Schliesslich wollte ich noch einen Grund anführen, dessen Beweiskraft freilich zweifelhaft ist, der aber doch für Manchen beweisend sein möchte. Ich habe, von dem Grundsatze ausgehend, dass allen diesen Erkrankungen Scharlach zu Grunde läge, in dem Dorfe Buchwald alle gesunden Kinder kleine Dosen Belladonna nehmen lassen, wie ich das als Prophylaktikum schon häufig in Scharlachepidemieen mit gutem Erfolge in Anwendung gebracht habe. Nachdem vorher drei Kinder an dieser Krankheit plötzlich gestorben waren und andere bald nachher an demselben Uebel bedenklich erkrankt waren, hörte mit dem Gebrauche dieses Mittels die Krankheit plötzlich auf, und es zeigte sich kein einziger Fall mehr. Vier Wochen waren so bereits vergangen, und man gab sich dem Wahne hin, dass die Epidemie erloschen sei, da zog ein Stellmacher aus einem anderen Dorfe nach Buchwald, dessen Kindern man Belladonna-Extrakt zu reichen vergessen hatte. Nachdem dieser 14 Tage im Dorfe ansässig war, erkrankten seine beiden Kinder an der Meningitis cerebralis und waren in 12 und 24 Stunden Leichen. — Angesichts dieser Erfahrung würde ich dem prophylaktischen Gebrauche des Belladonna-Extraktes in diesen Epidemieen unbedingt das Wort reden.

Von einer Behandlung der Krankheit kann nur in den Fällen die Rede sein, in denen diese sich in die Länge zieht. Den Blutentziehungen kann ich so wenig das Wort reden, wie energischer Anwendung der Kälte auf den Kopf; doch habe ich diese mit längeren Zwischenräumen angewandt. Anfangs habe ich Kalomel abwechselnd mit Flor. Zinc. gegeben, später hat Kali chloricum mit einem Infus. Valerianae

sehr gute Dienste geleistet. Warme Bäder habe ich der Verhältnisse wegen nicht gut benützen können. —

Ueber Vaccination und Verbreitung der Syphilis durch dieselbe. — Entwurf eines Berichtes an den französischen Minister des Ackerbaues, des Handels und der öffentlichen Arbeiten, abgefasst im Namen der Vaccinations-Kommission von Dr. Depaul in Paris.

Herr Minister! Wenn man zu den ersten Zeiten der Vaccine zurückgeht, sieht man, dass sie das Schicksal aller grossen Entdeckungen gehabt hat. Bis in's Höchste gepriesen durch ihre zahlreichen Anhänger, ist sie eben so lebhaft von einigen, ohne Zweifel überzeugungstreuen, aber mehr durch allerlei theoretische Schlüsse als durch Beobachtung von Thatsachen geleiteten Männern angegriffen worden. Während die Ersteren sie als unfehlbar, als über jede Gefahr hinausgehend darstellten, stritten die Anderen ihr nicht nur die Macht ab, vor der Variole zu schützen, sondern leugneten auch ihre Unschädlichkeit und machten ihr den bitteren Vorwurf, zur Vermehrung der Sterblichkeit und zur Verschlechterung des Menschengeschlechtes hinzuführen. Nachdem nun aber ein Zeitraum von 60 Jahren vergangen ist, Erfahrungen gesammelt sind und die nöthigen Studien vorgenommen werden konnten, auch die Leidenschaften sich beruhigt haben, dürfen wir jetzt wohl die Ueberzeugung aussprechen, dass nach beiden Seiten hin Uebertreibungen stattgefunden haben, dass die Vaccine ihre Proben durchgemacht hat und dass sie ebensowenig mehr der Vertheidigung bedarf, als sich zu scheuen braucht, die Schwächen, die ihr innewohnen, kund werden zu lassen. Die Erfahrung hat uns sie kennen gelehrt und von ihr haben wir die Mittel zu erfahren, wie diesen Schwächen begegnet werden könne. Wer erkennt nicht heutigen Tages den Nutzen der Revaccinationen? Bedurfte es aber dennoch nicht mehrerer Jahre, um diesem Verfahren

allgemeinere Anerkennung zu verschaffen? Woher dieser Widerstand von Männern, die doch sonst der Vaccine das Wort reden? Der Widerstand erklärt sich gerade aus der inneren Ueberzeugung, welche diese Männer von der Unfehlbarkeit der Vaccine in sich hegten und der sie durchaus nichts abgehen lassen wollten. Heute nun ist wohl alle Welt darin einstimmig, dass eine gute Vaccination in der bei weitem grössten Zahl von Fällen für immer schützt, dass es aber Ausnahmen gibt, und dass diese Ausnahmen genügen, um die Wiederholung der Vaccination nach Verlauf einiger Jahre und besonders zu Zeiten einer Epidemie zu empfehlen.

Die Gegner der Vaccine hatten gleich in der ersten Zeit der Entdeckung von den grossen Gefahren gesprochen, welche die Einführung eines von kranken Menschen oder Thieren entnommenen Virus in die gesunde Organisation an sich trage; sie machten auf die mögliche Mischung dieses Virus mit anderen vorhandenen schädlichen Elementen aufmerksam und fürchteten sehr ernste Veränderungen der Konstitution und die Entstehung von eingreifenden Krankheiten; ihnen war es nicht zweifelhaft, dass mittelst der Vaccine auch das skrophulöse, herpetische syphilitische Prinzip u. s. w. übertragen werden könne, und dieser Glaube genügte ihnen, die neue Methode für immer abzuweisen. Die Vertheidiger dagegen, geblendet durch eine etwas übertriebene Vorliebe, wollten durchaus nichts auf Rechnung der Vaccine kommen lassen; sie verkündeten, dass die gegen sie vorgebrachten Thatsachen schlecht aufgefasst worden seien, und dass selbst von einem an irgend welcher konstitutioneller Krankheit leidenden Individuum der Vaccinestoff genommen und ohne Nachtheil auf einen gesunden Organismus übertragen werden könne, indem nur die Vaccine, nicht aber die konstitutionelle Krankheit, mit übertragen werde. Erfahrungen und Experimente vielfacher Art schienen für diese Ansicht zu sprechen, obwohl von der anderen Seite Gründe genug vorgebracht sind, welche endlich zu der Ueberzeugung geführt haben, dass es nicht gleichgültig sei, ob der Vaccinestoff von einem gesunden oder von einem kranken Organismus hergeholt werde. Dieser Punkt ist es, mit dem wir uns hier zu be-

schäftigen haben, und es handelt sich hier besonders um die Möglichkeit der Uebertragung der Syphilis mittelst der Vaccination und um die Frage, wie dieser Gefahr zu begegnen sei? Unsere Absicht hierbei ist, nichts auf unsere eigene Erfahrung zu geben; wir streben nur die Wahrheit zu ermitteln und zwar die reine Wahrheit ohne alle vorgefasste Meinung, wodurch die Vaccine gewiss mehr gewinnen als verlieren wird.

Geht man Alles das durch, was von den Gegnern der Entdeckung Jenner's behauptet worden ist — und die Zahl der Gegner ist seit Anfang dieses Jahrhunderts sehr bedeutend gewesen —, so muss man zugeben, dass ähnliche Thatsachen, wie die der neuesten Zeit, auch schon früher vorgebracht worden sind; nur ermangelten sie der nöthigen Ausführlichkeit, und wären sie es allein, auf die man fussen wollte, so würde man noch zweifeln können. Es gilt dieses besonders von den Mittheilungen von William Rowley, Moseley und R. Squirrel. Sie sprechen von Kuhpockenausschlag, von Kuhpockenkrätze, von Kuhpockengeschwür und es kann wohl sein, dass dieses ihr „Cow-pox Gale," ihr „Cow-pox Ulce," wirklich mit der Syphilis, in einigen Fällen wenigstens, verknüpft war. Dagegen kommen wir aus der neueren Zeit zu Thatsachen, die weit entschiedener dastehen und die wirklich zu beweisen scheinen, dass durch Vaccinestoff, welcher von einem syphilitischen Individuum entnommen worden, zugleich auch das syphilitische Prinzip übertragen werden kann. Ich beginne mit den von Prof. Cerioli bekannt gemachten und zuerst von Barbantini veröffentlichten Thatsachen. Ich will sie hier nur ganz kurz anführen:

1) Ein 3 Monate altes Mädchen (Findelkind) wurde mit Vaccinestoff geimpft, welcher von einem gesunden und auch später gesund gebliebenen Knaben entnommen worden war. Es entwickelten sich ganz regelmässige Pusteln und mit der Materie aus diesen Pusteln wurden nachher 46 Kinder geimpft. Von diesen Kindern hatten 6 ganz normale Pusteln, aus denen abermals 100 Kinder geimpft wurden, bei denen sich hernach kein Symptom von Syphilis entwickelte. Bei fast allen übrigen Kindern beobachtete man an den Impf-

stellen Geschwüre, welche sich mit bleibenden Schorfen bedeckten, oder indurirte Geschwüre. Diese Geschwüre bildeten sich gerade dann, wenn die Vaccinekrusten abfielen. Später folgten Geschwüre im Munde und an den Geschlechtstheilen, borkige Ausschläge auf der Kopfhaut, kupferrothe Flecke, Ophthalmieen. Das Drüsen- und Knochensystem blieb auch nicht verschont. Diese Zufälle übertrugen sich von den Kindern auf ihre Säugammen und Mütter.

Die Sanitätskommission wurde amtlich davon unterrichtet. Sie ernannte einen Ausschuss, dessen Schriftführer Prof. Cerioli war, welcher die syphilitische Natur der Zufälle bei den Kindern und Ammen deutlich erkannte. Die darauf im Hospitale eingeleitete ärztliche Behandlung bestand im innerlichen Gebrauche von Sublimat und in Merkurialeinreibungen; 19 Kinder starben; die übrigen genasen mehr oder minder schnell, aber behielten doch immer noch einen ziemlichen Grad von Schwäche. Die infizirten Frauen wurden alle geheilt.

2) Im Jahre 1860 theilte Prof. Cerioli dem Dr. Viennois folgenden Fall mit: Im Jahre 1841 wurden von einem Kinde, P. C., in der Gegend von Cremona, welches von syphilitischen Eltern geboren war, aber zur Zeit der Vaccination keine Spur von Syphilis zeigte, 64 Kinder abgeimpft. Alle diese 64 Kinder wurden syphilitisch; die erste Erscheinung war eine Ulzeration an den Impfstellen, dann kam ein kupferfarbiger Ausschlag auf dem Körper mit Ulzerationen in den Leistenbeugen, an den Geschlechtstheilen, am After und im Munde. Die Natur der Krankheit wurde Anfangs nicht erkannt; erst später wurden Merkurialien angewendet; 54 Kinder wurden geheilt; 8 Kinder und 2 Frauen unterlagen.

3) Im Jahre 1849 herrschten die Pocken in der Stadt R. und zahlreiche Vaccinationen wurden nothwendig. In 10 Familien wurde diese Operation am 14. und 15. Februar vorgenommen und fast alle diese Geimpften wurden krank. Etwa 3 oder 4 Wochen nach der Vaccination bildeten sich an den Impfstichen Geschwüre, die ganz den Charakter der syphilitischen hatten, und einige Zeit später folgten Symptome

sekundärer Syphilis. Die Zahl der ergriffenen Personen betrug 19 und sie waren in dem Alter von 11 bis 40 Jahren; bei den meisten, wenn nicht bei allen, konnte man überzeugt sein, dass sie nicht auf andere Weise die Syphilis sich zugezogen hatten. Diese Revaccinationen waren von einem Thierarzte gemacht worden; er hatte die Materie von einem Kinde genommen, welches damals kräftig und gesund aussah. Später jedoch entwickelte sich auch bei diesem Kinde eine entzündliche Röthung in der Schenkelbeuge und Ausschlag am After und auf dem Angesichte. Ein Arzt, der am 21. Februar das Kind sah, diagnostizirte eine syphilitische Roseola, der Tod erfolgte 6 Tage nachher und man erfuhr später, dass die Vaccinepusteln bei diesem Kinde sich nicht regelmässig entwickelt hatten, indem am achten Tage noch nichts von ihnen zu sehen gewesen war. Die zu derselben Zeit in derselben Stadt aus einer ganz anderen Quelle vaccinirten Kinder zeigten durchaus nichts Abnormes. (Diese Mittheilung ist übrigens, wie es scheint, aus der Berliner med. Zeitung vom April 1850 entnommen.)

4) Ein 6 Jahre alter Knabe hatte sich bis dahin ganz wohl befunden, seine Eltern sind nie krank gewesen. Er wurde in Irland vaccinirt. Am Impfstiche entwickelte sich eine Ulzeration, die zu ihrer Heilung lange Zeit bedurfte; ein allgemeiner Ausschlag zeigte sich nachher und dauerte mehrere Monate. Noch nach Verlauf von 3 Jahren sah man auf den Armen kupferrothe Flecke; ein Geschwür hatte sich im Rachen gebildet und das Kind war dadurch wirklich in Lebensgefahr gerathen (*London medic. Times, 2. Aug. 1850*).

5) Ein Mädchen, 3 Jahre alt, von guter Konstitution, nie krank gewesen, wurde vaccinirt. Die drei Impfstiche verwandelten sich in tiefe Geschwüre, die 2 Monate dauerten, ehe sie vernarbten. Einige Wochen später, d. h. etwa 3 Monate nach der Vaccination, zeigten sich auf dem Rumpfe und den Gliedmassen platte Krusten von herpetischer Form, mit einem fast kupferrothen Hofe umgeben. Sie waren besonders zahlreich an den Schenkeln. Die Narben der geschwürig gewesenen Impfstiche hatten eine stark kupferrothe Farbe. Wirkliche syphilitische Kachexie war nicht zu bezweifeln

(*Whitehead, Third Report of the clinical Hospital in Manchester*).

6) Herr Hübner, bayerischer Militärarzt, vaccinirte 8 Kinder, die alle gesund waren, wie ihre Eltern. Er hatte den Vaccinestoff von dem Kinde eines 29 Jahre alten Mädchens genommen. Nach Aussage der Eltern jener 8 Kinder waren die Resultate der Impfung ganz anders wie sonst. Bei der grösseren Zahl der Kinder traten die Wirkungen nicht eher als nach Verlauf von 14 Tagen hervor. An den Impfstichen hatten sich kleine Bläschen entwickelt, welche bald aufbrachen und kleine eiternde Geschwüre hinterliessen. Diese Geschwüre wurden theils grösser, theils tiefer. Einige wenige Kinder jedoch sollen am achten Tage nach der Impfung Pusteln gehabt haben, welche den Vaccinepusteln ähnlich erschienen, aber diese Pusteln sollen nicht den regelmässigen Verlauf genommen, sondern sich später auch in Geschwüre umgewandelt haben, die breiter wurden und zusammenflossen und deren Heilung erst nach mehreren Wochen, ja selbst nach mehreren Monaten, vollendet war. Nach Heilung der Geschwüre sollen sich breite Warzen oder sogenannte breite Kondylome an den Geschlechtstheilen gezeigt haben, und auch um den After so wie zwischen den Hinterbacken und in den Schenkelfalten zum Vorscheine gekommen sein. Auch zeigten sich verdächtige Ausschläge bei den Müttern und Pflegerinnen der vaccinirten Kinder, nämlich Rhagaden und Kondylome am After und an den Geschlechtstheilen.

7) Die beiden folgenden Beobachtungen, welche, wie die eben mitgetheilten, in der Dissertation von Viennois zusammengestellt sind, stammen von Herrn Lecocq und sind im Dezember 1859 der Akademie der Medizin in Paris mitgetheilt.

Im Jahre 1858 wurde ein Marinesoldat mit mehreren seiner Kameraden revaccinirt. Der Impfstoff, welcher mit 3 Stichen an jedem Arme eingetragen wurde, war aus schönen Vaccinepusteln eines anderen Soldaten genommen worden, welcher drei Monate vorher, ohne dass man die geringste Kenntniss davon hatte, mit einem indurirten Schanker behaf-

tet gewesen war. Bei jenen Geimpften waren 8 Tage vergangen, ohne dass an den Impfstellen etwas mehr als eine kleine Röthung und in der Mitte derselben ein schwarzer Punkt sich zeigte. Man glaubte schon, dass die Operation erfolglos gewesen; nach und nach aber steigerte sich die entzündliche Röthe, der kleine schwarze Punkt wurde grösser, löste sich und verwandelte sich in ein Geschwür, welches breiter und tiefer wurde und mit lebhaftem Schmerze verbunden war. Die Ränder des Geschwüres waren schroff und der Grund hatte ein bläuliches Ansehen; am Abende des nächstfolgenden Tages war das Geschwür mit einer braunen Kruste bedeckt und unter derselben eine übelriechende blutige Jauche. Die Basis des Geschwüres verhärtete sich. Die Maxillardrüsen schwollen an, die kleinen Geschwüre flossen in einander und eine einzige Kruste von der Grösse eines Zweifrankenstückes hatte sich in das Gefüge der Kutis gewissermassen eingebettet. Es dauerte länger als 4 Wochen, bevor die Vernarbung erlangt wurde, und das Geschwür behielt lange ein übles Ansehen. Es war roth, von unregelmässiger Form, schmerzhaft und bedeckte sich mit Borken wie ein Ekthymgeschwür. Diese Borken lösten sich leicht los, aber erzeugten sich eben so schnell wieder. Das Allgemeinbefinden litt dabei bedeutend und der Soldat, von dem die Rede war, hatte kaum seinen Dienst wieder angetreten, als er wieder in das Lazareth zurück musste, denn es zeigte sich auf seinem ganzen Körper ein gemischter Ausschlag von Prurigo, Lichen und Akne. Alkalische Bäder und ein entleerendes Verfahren verminderten die Eruption, so dass der Kranke wieder entlassen werden konnte. Es dauerte aber nicht lange, als wieder ein chronischer Ausschlag viel ernsterer Natur, oder vielmehr weit charakteristischer, wieder zum Vorscheine kam und er wurde von Neuem in das Marinelazareth gebracht.

Damals hatte er, besonders auf dem Rücken und der äusseren Fläche der Arme, viele Psoriasisstellen, welche eine kupferrothe Färbung hatten, ausserdem zeigten sich Impetigokrusten auf der Kopfhaut, Anschwellung der Halsdrüsen und etwas Röthe im Pharynx. Er bekam van Swieten'schen Li-

quor, dann Sublimat und auch Jodkalium. Am 24. Juni 1859 konnte der Soldat das Lazareth verlassen.

8) Ebenfalls am 4. Mai wurde ein anderer Soldat, 25 Jahre alt, von guter Gesundheit, mit derselben Lymphe von derselben Person, und mit derselben Lanzette revaccinirt. Da nach Verlauf von 8 Tagen keine Bläschen an den Impfstichen erschienen, sondern nur einer derselben entzündet war und sich später mit einer ziemlich dicken Kruste bedeckte, unter welcher ein übelaussehendes Geschwür mit indurirter Basis und Neigung sich zu vergrössern, sich befand, so hielt man die Sache für verdächtig und erst nach Ablauf von 6 Wochen war das Geschwür vernarbt und der Soldat wurde, anscheinend geheilt, wieder zu Dienst gestellt. Einen Monat später jedoch meldete er sich wieder und klagte über allgemeines Unwohlsein; der ganze Körper war mit einer Roseola bedeckt und bald folgten auch Impetigokrusten auf dem Kopfe, mit Anschwellung der Halsdrüsen; an den Geschlechtstheilen sowohl als auf der inneren Fläche der Schenkel erhoben sich charakteristische breite Kondylome. Der Soldat behauptete, niemals mit Syphilis behaftet gewesen zu sein. Erst nach langer spezifischer Kur wurde er geheilt.

9) Ganz neuerlich sind ähnliche Thatsachen in verschiedenen Zeitschriften und auch in gelehrten Vereinen mitgetheilt worden. Obwohl mehrere dieser Thatsachen auf ganz andere Weise gedeutet worden sind, so glauben wir doch sie hier in Rechnung ziehen zu müssen. Wir wenden uns zuerst zu den Vorgängen in Rivolta *(Gazzetta medica italiana di Sardinia 1861)*. Gegen Ende Mai 1861 vaccinirte der Wundarzt Cocciola mit Lymphe aus einem Röhrchen, welches ihm vom Konservator von Acqui zugeschickt worden war, ein Kind von 11 Monaten, welches bis dahin gesund und kräftig gewesen war. Zehn Tage nachher, am 2. Juni, wurde aus den Pusteln dieses Kindes Lymphe entnommen und damit die Impfung von 46 Kindern bewirkt, welche, wie behauptet wird, zu der Zeit alle gesund waren. Am 12. Juni wurden mit der Lymphe von einem dieser 46 Kinder wieder 17 vaccinirt. Die beiden Reihen gaben eine Zahl von 63 Kindern, und es wird uns nun mitgetheilt, dass 46 hievon

mehr oder minder syphilitisch geworden sind. Das erste Kind, welches mit der Lymphe aus dem von Acqui gekommenen Röhrchen vaccinirt worden war, lebte noch zur Zeit der Veröffentlichung dieser Fälle, aber es befand sich in einem hohen Grade von Marasmus. Das zweite Kind, welches die Lymphe für die 17 der zweiten Reihe geliefert hatte, ist bald darauf gestorben. Wir haben sehr zu bedauern, dass über das Befinden dieser beiden Kinder, welche gewissermassen die Quelle der anderen beklagenswerthen Ereignisse gewesen, nicht ganz genaue Notizen aufgenommen und mitgetheilt worden sind. Indessen scheint uns darin doch kein Grund zur Zurückweisung der Beobachtung zu liegen und unsere weitere Berücksichtigung derselben einzustellen. Wir bemerken deshalb, in Bezug auf die anderen Kinder, dass von den 46 Kindern der ersten Reihe 39 und von den 17 Kindern der zweiten 7 Spuren der syphilitischen Infektion dargeboten haben. Diese zeigten sich durchschnittlich gegen den 20. Tag der stattgehabten Vaccination; die kürzeste Frist ihres Erscheinens betrug 10 Tage, die längste 2 Monate. Wahrgenommen wurde Folgendes: Bei einigen Kindern entzündeten sich die Impfstiche zu der Zeit, als sie vernarben sollten, und umgaben sich mit einem bläulichrothen oder kupferfarbigen Hofe; die Entzündung vermehrte sich und fing bald an zu eitern. Bei anderen Kindern war die Vernarbung schon vollendet, als die Narbe aufbrach und geschwürig wurde; dieses Geschwür bedeckte sich mit Krusten, welche sich fortwährend erneuerten. Bei einigen Kindern endlich bekamen die Vaccinepusteln sogleich ein übles Aussehen und verwandelten sich in Geschwüre und es soll darauf ein allgemeiner Ausschlag gefolgt sein, den aber die Aerzte leider nicht gesehen und nicht beschrieben haben. Nach einigen Wochen zeigte sich über diese Vorgänge eine grosse Aufregung in der Bevölkerung; man gab der Vaccination alle Schuld und der Arzt, Hr. Ponza, welcher die Ursache war, wendete sich um Rath an den medizinischen Kongress, der gerade zu Acqui tagte. Hier wurde eine Kommission ernannt, welche sich am 7. Oktober nach Rivolta begab, dort den Thatbestand aufnahm und endlich Bericht abstattete; Berichterstatter war

Hr. Pachotti. Wir geben nur die Schlusssätze dieses Berichtes: Am 7. Oktober waren 7 Kindeer ohne alle Behandlung bereits verstorben; die ärztliche Behandlung war darum unterblieben, weil die eigentliche Natur der Krankheit nicht erkannt und nicht bedacht worden war. Dann aber wurde bei den übrigen Kindern eine spezifische Behandlung vorgenommen und seitdem ist kein Todesfall zu beklagen gewesen; 14 Kinder kamen bald auf den Weg der Genesung; nur noch 3 Kinder waren in Gefahr. Von den 46 infizirt gewesenen Kindern waren 23 nach verschiedenen Gemeinden hin zerstreut, so dass die Kommission ihre Untersuchung auf die übrigen 23 Kinder beschränken musste. Aus dieser Untersuchung, die dem Berichte des Hrn. Pachotti angehängt ist, geht hervor, dass bei ihnen die Syphilis durch folgende Symptome sich kundgethan hat: flache Kondylome, Schleimknoten in der Aftergegend und auf den Geschlechtstheilen, spezifische Ulzeration der Lippen und im Rachen, Anschwellung der Haut- und Unterkieferdrüsen, verschiedene syphilitische Ausschläge, Ausfallen des Haares, sekundäre Geschwüre der Vorhaut, kutane Tuberkeln, gummatöse Geschwülste; bei zwei Kindern endlich Marasmus und Kachexie. Von den Müttern, welche die Kinder saugten, hatten einige flache Pusteln an den Brustwarzen.

10) Im Verlaufe des Schuljahres 1861—1862 kam in Trousseau's Klinik im Hôtel-Dieu zu Paris folgender merkwürdiger Fall vor. Eine junge Frau von 18 Jahren kam am 6. Sept. 1861 wegen eines Gebärmutterleidens in die Anstalt. Nach mehrfacher Untersuchung überzeugte man sich, dass von Syphilis nichts zu bemerken ist und nur einige Granulationen am Mutterhalse und etwas Uterinkatarrh vorhanden sind. Während sie im Krankenhause sich befand, brach eine Pockenepidemie aus und man unterwarf die Frau der Revaccination. Man nahm dazu Lymphe direkt aus Vaccinepusteln. Mit derselben Materie wurden noch 4 Kinder geimpft, bei denen der Verlauf der Vaccine ein ganz regelmässiger war. Bei der erwähnten jungen Frau kam anfänglich nichts zum Vorscheine, was aber nicht überraschte, da sie schon einmal in ihrer Kindheit vaccinirt gewesen war.

Allein einen Monat nach ihrer Entlassung aus dem Hôtel-Dieu meldete sie sich wieder und klagte über ihren linken Arm, welcher an den Impfstichen zwei grosse erythematöse Pusteln gewahren liess. Man achtete hierauf nicht sehr, weil man sie für spät gekommene, durch Reibung gereizte Vaccinepusteln hielt. Bald aber traten noch andere auffallende Erscheinungen hinzu; die Unterkieferdrüsen schwollen an, ebenso die Achseldrüsen, es zeigte sich eine verdächtige Roseola, welche die Aerzte für syphilitisch hielten. Auch fand man in der That zwei breite harte Kondylome, so dass zur Diagnose nichts ehlte.

11) In der Sitzung vom 20. August 1863 zeigte Herr Chassaignac der chirurgischen Gesellschaft in Paris ein 2 Jahre altes, seit einem Jahre entwöhntes Kind, welches von seiner Mutter gesäugt worden war. Nach den eingezogenen Erkundigungen konnte man an angeerbte Syphilis bei dem Kinde nicht denken. Am 27. Juni 1863 wurde es vaccinirt. Die Vaccine nahm ihren regelmässigen Gang; gegen den 15. Tag fielen die Krusten ab; die Narben sahen ganz gut aus und die Mutter achtete von da an nicht mehr auf die Arme des Kindes. Einige Tage später indessen entdeckte sie an der Stelle der Narben drei Geschwüre, eines links und zwei rechts. Die Geschwüre wurden grösser und wollten nicht heilen. Das Geschwür am rechten Arme bedeckte sich mit einer am Rande dicken und in der Mitte dünnen Kruste. Die Geschwüre waren schmerzlos und ruhten auf einer harten Basis; das Geschwür links war etwas mehr entzündet, in der Mitte offen, hatte aber sonst dieselben Charaktere. Dabei sah man aber rechts zwei normale Impfnarben und links auch eine solche kleine. Die Achseldrüsen an beiden Seiten angeschwollen; die Halsdrüsen etwas entwickelt. Am rechten Ohre eine kupferrothe Papel, die mit kleinen grauen Schuppen bedeckt war. Auf Brust, Bauch und Rücken ein kupferrother etwas erhabener Ausschlag.

12) Zwei Fälle derselben Art sind neuerdings der Akademie der Medizin von Devergie und Herard mitgetheilt worden.

13) Endlich hat in der Sitzung vom 11. Okt. d. J. Herr

Viennois, der sich durch seine Arbeiten über unsere Frage sehr verdient gemacht hat, zwei neue Fälle mitgetheilt, welche von Dr. Adelasio, Konservator der Vaccine zu Bergamo, herstammen, und die ich hier kurz anführen will.

Erster Fall. Am 15. Mai 1862 vaccinirte ein Arzt bei Bergamo sechs Kinder aus den Vaccinepusteln eines kleinen Mädchens, welches, nach Aussage der Mutter, am Tage der Vaccination einen Hautausschlag hatte. Von den sechs Kindern, die 4 bis 11 Monate alt waren, bekamen fünf an den Impfstichen indurirte Geschwüre. Allgemeine Symptome (Roseola, muköse Pusteln) zeigten sich einige Zeit nachher. Jedes der Kinder übertrug die Krankheit auf seine eigene Familie. So infizirte das erste Kind, Katharina L. . ., ein Mädchen von 5 Monaten, seine Mutter, die es säugte, und dann hintereinander zwei Ammen, die ihm nach und nach gegeben worden waren. Bei diesen drei Frauen zeigte sich indurirter Schanker an den Brustwarzen mit Schwellung der Achseldrüsen. Von beiden Ammen infizirte eine zwei Kinder, welche sie nach ihrer Entlassung an die Brust legte, und zwar zuerst ihr eigenes und dann ein anderes Kind, welches ihr an die Brust gegeben wurde. Endlich infizirte noch die Katharina L. . ., als sie 11 Monate alt war, eine ältere Schwester von 20 Jahren, die die Kleine mit einem Löffel zu füttern pflegte, den sie selbst dabei öfter in den Mund steckte. — Das zweite vaccinirte Kind, das infizirt worden war, ist Dominica T. . ., 5 Monate alt; es übertrug auf seine eigene Mutter einen Schanker der Brustwarze; später folgten sekundäre Zufälle. Hierauf Infektion des Mannes durch die Frau (Geschwür am Penis, Leistenbubo). — Das dritte vaccinirte Kind, Matthias M., 8 Monate alt. Auf die Ulzeration der Impfstiche folgen drei Monate später breite Kondylome; der Knabe infizirt seine Mutter (Schanker der Brustwarze); später hat diese breite Kondylome an den Schamlefzen und von ihr wird der Ehemann angesteckt (Schanker am Penis, Leistendrüsenanschwellung). — Das vierte vaccinirte Kind ist ein Mädchen von 2 Monaten; es infizirte seine Mutter (Schanker der Brustwarze), welche wiederum ihren

Mann ansteckte (Schanker am Penis); ein Bruder des Kindes, 4 Jahre alt, gab dem Schwesterchen mit seinem Löffel zu essen, den er selbst brauchte, und er bekam Schanker an der Lippe. — Das fünfte vaccinirte Kind, Joseph V., 5 Monate alt, inflzirte die Amme und diese ihr eigenes Kind durch ein Geräth, welches sie zur Pflege desselben gebrauchte. Die eigene Mutter von Joseph, die eben wieder entbunden war, liess dieses Kind von der Amme wieder zurückholen, um es an die eigene Brust zu legen, damit die Milch mehr zuflösse. Der Ehemann wurde syphilitisch seinerseits. — Das sechste Kind blieb frei von der Syphilis. — Im Ganzen 23 Opfer, von denen 4 gestorben sind. — Am 26. Mai 1862 diente das sechste vaccinirte Kind zur Impfung von 9 anderen Kindern, die ungeschädigt blieben, und am 31. Mai wurde von einem dieser 9 Kinder wieder die Lymphe genommen, um noch 3 Kinder zu vacciniren, welche ebenfalls nicht geschädigt wurden.

Zweiter Fall. Am 21. September 1863 diente die Tochter eines Arztes auf dem Lande zur Vaccination von 2 Kindern in der Nähe von Bergamo; jenes Töchterchen des Arztes zeigte später einen syphilitischen Ausschlag. Bei den von ihr abgeimpften beiden Kindern bildeten sich an den Impfstichen nach 35 Tagen Geschwüre, obgleich vorher die Vaccinepusteln ganz normal verlaufen waren, und gegen Mitte November zeigten sich breite Kondylome um den After u. s. w.; eine der Mütter ist auch syphilitisch geworden und Hr. Adelasio ist schliesslich der Meinung, dass die Vaccinelymphe und nicht das Blut der Träger des syphilitischen Giftes gewesen ist.

14) Die *Gazette des Hôpitaux* bringt in der Nummer vom 22. Okt. 1864 folgende Mittheilung von einem Arzte aus Beziers: Am 10. März 1863 kam zu mir eine Frau mit einem 6 Monate alten Kinde, welches 8 Tage vorher vaccinirt worden war; sie ersuchte mich, davon 2 ältere Kinder abzuimpfen, welche sie mitbrachte. Da die Vaccinepusteln gut entwickelt waren, so that ich es, aber gebrauchte alle Vorsicht, um nur Lymphe und kein Blut auf die Lanzette zu bekom-

men. Als ich gerade die Materie aufnahm, um dem zweiten Kinde den letzten Impfstich zu machen, machte das abzuimpfende Kind eine plötzliche Bewegung und die Spitze meines Instrumentes drang etwas tiefer ein; ein Blutströpfchen färbte die Lymphe und jetzt bedauere ich es sehr, dass ich sie dennoch übertrug. Denn 22 Tage nachher brachte die Mutter ihr zweites Kind zu mir und ich fand Folgendes: Die Vaccinepusteln hatten sich vollkommen entwickelt und ihre Stadien regelmässig durchgemacht, aber dann hatten sich Geschwüre gebildet, welche mit übelaussehenden Schorfen bedeckt waren, unter denen sich eine übelbeschaffene Jauche befand. Um die Geschwüre herum sah man linsenförmige, sehr glatte, regelmässige, blassrothe Papeln. In der Achselgrube derselben Seite bildete sich eine nussgrosse Drüsenanschwellung, die weich und schmerzhaft war; die Geschwüre am Arme zeigten beträchtliche Induration. Endlich kamen auf dem Körper des Kindes eine syphilitische Roseola und an den Geschlechtstheilen breite Kondylome zum Vorscheine. Ich besichtigte nun das Kind, von dem abgeimpft worden war; es war anscheinend ganz gesund und seine Impfpusteln waren vollkommen geheilt, aber bei genauer Untersuchung sah ich zahlreiche Flecke von syphilitischen Papeln auf seinem Körper; seine Halsdrüsen waren sehr geschwollen und an den Geschlechtstheilen, so wie am After, gewahrte man einige Knötchen von mehr als zweifelhaftem Charakter. Der Vater erzählte mir, dass, als er Soldat war, er wegen eines indurirten Schankers 35 Tage im Lazarethe von Tours gelegen hätte. Er war aber noch keineswegs geheilt, sondern hatte noch Krustenausschläge auf dem Kopfe, angeschwollene Nackendrüsen, breite Kondylome u. s. w. Ich füge noch hinzu, dass das erste Kind, welches von dem jüngsten auch abgeimpft war, aber nur reine Lymphe ohne Blutbeimischung bekommen hatte, durchaus nichts Verdächtiges darbot.

Wir könnten noch zu den bisher mitgetheilten Thatsachen viele andere hinzufügen, aber die Liste ist schon sehr lang und mehr als genügend, um zu einer ernsten Erwägung zu drängen. Man wird übrigens auch bemerken, dass wir uns nur mit solchen Fällen beschäftigt haben, welche dazu

dienen konnten, die Uebertragung der Syphilis mittelst der Vaccination zu erweisen; neben diesen Fällen gibt es auch andere noch, die ebenfalls ein grosses Interesse haben, indem sie dazu angethan sind, den Einfluss der Vaccination auf die im Körper des Individuums schon vorhandene aber latent gebliebene Syphilis darzuthun. Es sind dieses, wie man zugeben wird, zwei ganz verschiedene Fragen, und wir werden über die zweite Frage hier nur wenig uns auslassen. Alle praktische Aerzte wissen, dass selbst dann, wenn die Konstitution ganz gut ist, die Einimpfung der Vaccine eine allgemeine Bewegung hervorruft, die bisweilen durch Ausschläge verschiedener Form und mehr oder minder grosser Verbreitung sich kundthut; diese Ausschläge sind vorübergehend und ohne Bedeutung für die vollkommen gesunden Kinder; sie können aber der Ausdruck einer Diathese sein, die sich bis dahin nicht kund gethan hatte und durch den von der Vaccination erregten Tumult erweckt worden ist, und es ist dieses besonders dann der Fall, wenn das Kind die Diathese angeerbt hat. So hat Hr. Friedenger das Resultat seiner Beobachtungen an drei von ihm vaccinirten Kindern mitgetheilt; seinerseits hat Hr. Viennois einen sehr belehrenden Fall dieser Art kundgethan, mit der Bemerkung, dass viele andere praktische Aerzte Aehnliches erlebt haben. Daraus ist denn wohl nun zu folgern, dass die auf diese Weise durch die Vaccination zum Vorscheine gebrachte, bis dahin versteckt gewesene syphilitische Diathese unterschieden werden müsse von derjenigen Syphilis, welche auf ein ganz gesundes Kind durch die Vaccination selbst miteingeimpft worden ist. Wie nun äusserlich, falls die Anamnese nicht feste Anhaltspunkte gewährt, aus den Symptomen selbst eine Unterscheidung herzuleiten sei, ist nicht leicht zu sagen. Sehr möglich ist es, dass, wenn durch die Vaccination die bis dahin latente angeerbte syphilitische Diathese zum vollen Ausdrucke gebracht wird, sich keine Ulzeration an den Impfstichen entwickelt, sondern nur Symptome konstitutioneller Syphilis, und zwar vorzugsweise syphilitische Ausschläge, hervortreten. Wir selbst haben Gelegenheit gehabt, dieses in einer gewissen Zahl von Fällen zu erkennen. Es ist wohl bekannt, dass nicht die

Vaccination allein, sondern auch alle Ausschlagsfieber einen solchen Einfluss auf verborgene Diathesen haben können.

Kommen wir aber auf die erste Frage, welche eigentlich unseren Gegenstand bildet, nämlich zu der mit der Vaccineimpfung zugleich mit übertragenen Syphilis zurück und untersuchen wir, wie so viele praktische Aerzte während eines so langen Zeitraumes die Möglichkeit dieser doppelten Infektion haben leugnen können. Wir haben schon von der gegenseitigen Partheiung in den ersten Zeiten der Entdeckung Jenner's gesprochen. Es wurde die Ansicht, dass die Einimpfung der Vaccine auch grosse Nachtheile haben könnte, gar nicht einmal zugelassen. Später wurden einige irrige Lehrsätze Hunter's über die Uebertragung der Syphilis unter uns verbreitet und zu Glaubensartikeln erhoben, deren Leugnung gleichsam als Ketzerei angesehen wurde. Der Einfluss der Schule, welche diese Lehrsätze als feststehend, als unbezweifelt darstellte, war so gross, dass sie als Basis für andere wissenschaftliche Auffassungen und selbst für gerichtliche Entscheidungen angenommen wurden. Die Stimmen, welche gegen diese Lehrsätze sich erhoben und auf Erfahrungen dabei sich stützten, wurden nicht gehört; sie verloren sich in der Masse, und länger als 20 Jahre konnte die Wahrheit gegen den Irrthum, der sich auf angeblich feststehende Grundsätze stützte, nicht aufkommen.

Es ist begreiflich, dass es mit der durch Vaccination übertragenen Syphilis wie mit der gewöhnlichen Syphilis gehen musste. So lange man in dem Glauben lebte, dass nur der Schanker allein überimpfbar sei, konnte man da wohl zugeben, dass sich auch aus einer Vaccinepustel syphilitisches Virus herholen lasse? Die wunderbarsten Anstrengungen wurden gemacht, um gewisse entgegenstehende Thatsachen, welche von Zeit zu Zeit veröffentlicht wurden, in jenem Sinne zu deuten. Endlich aber kam die Wahrheit doch zu Tage und wenn auch spät, so fand sie doch zuletzt ihre volle Geltung und gab den Einwürfen, die bis dahin so entschieden und so oft zurückgewiesen worden sind, eine neue Gewalt. Sagen müssen wir aber bei dieser Gelegenheit, dass es immer einige Autoritäten gegeben hat, die jenen Glaubenssätzen

gegenüber, selbst als sie im grössten Schwunge waren, ihre Ueberzeugung festhielten, und wir brauchen uns nur auf die Folgerungen zu beziehen, welche aus den von uns weiter oben angeführten Beobachtungen von Trousseau sich ergaben.

Die syphilitische Natur der Zufälle, welche die junge Frau darbot, wurde als solche anerkannt, aber über den Ursprung dieser Zufälle gerieth man in Streit und man suchte die gemachten Angaben zu bezweifeln. Man behauptete, dass die sogenannte muköse Pustel (breites Kondylom), dieses dem Schanker zunächststehende Symptom der Syphilis, allein noch neben diesem inokulirbar sei. Die übrigen sekundären Manifestationen der Syphilis hielt man nicht für übertragbar, und was das Blut der Syphilitischen betrifft, so wies man entschieden dessen Ansteckungsfähigkeit zurück. Weder die direkten Versuche von Waller, noch die des Anonymus in der Pfalz, noch die von Gibert und Pellizari u. A. vermochten gewisse Leute zu überzeugen. Wie konnte man erwarten, dass diese die Thatsachen anerkennen werden, welche die Uebertragung der Syphilis durch Vaccinelymphe darthun? Nehmen wir als Beispiel das, was man in Bezug auf die Kranke des Hôtel-Dieu gesagt hat. Die Beobachtung gewährt nicht volle Sicherheit nach allen Richtungen hin, weil bei dem Kinde, von dem die Vaccinelymphe entnommen wurde, die Vaccinepusteln sich regelmässig entwickelt hatten, weil vier andere Individuen, die man mit derselben Lymphe geimpft hatte, nicht von Syphilis infizirt worden sind, weil die junge syphilitische Frau das Hospital verlassen und einen Monat ausserhalb desselben gelebt hatte, und also in dieser Zeit, wo sie nicht unter Beobachtung stand, sich durch frische Ansteckung die Syphilis zugezogen haben konnte. Man berief sich bei dieser Gelegenheit auf die Irrthümer, die über den wirklichen Ursprung der Syphilis in vielen Fällen begangen worden sind, und man schien es für ganz erklärlich zu halten, dass durch irgend einen ausserordentlichen Zufall syphilitisches Gift aus gewöhnlicher Quelle anderswoher auf die äussere Fläche des Oberarmes und geradezu auf die Impfnarben gekommen sei und so die Ansteckung bewirkt habe. Man wird zugeben,

dass diese künstliche Deutung das im Hôtel-Dieu vorgekommenen Falles seinem wirklichen Werthe keinen Abbruch thun kann. Die Beobachtung von Cerioli, die Wahrnehmungen von Rivolta, Lecocq und Anderen werfen ein so helles Licht auf die Frage, ob Syphilis mittelst der Vaccination übertragen werden könne, dass sich wohl Niemand mehr mit künstlichen Erklärungen und Hypothesen begnügen mag, sondern fernerer Beobachtung das Weitere anheimstellen wird.

Manchen Autoritäten gegenüber glauben wir behaupten zu können, dass über gewisse Punkte unserer Frage die Erfahrung schon jetzt ziemlich abgeschlossen ist, dass wir statt des Zweifels zu einer wenn auch traurigen Ueberzeugung gekommen sind, und dass wir alle unsere Aufmerksamkeit den Mitteln zuzuwenden haben, welche geeignet sind, von der Vaccination weiteres Unglück abzuwehren.

Man darf übrigens nicht vergessen, dass zur blossen Beurtheilung einer Frage dieser Art es nicht genügt, die beobachteten Fälle einen nach den anderen durchzunehmen, sie für sich bis in alle Einzelnheiten zu analysiren und diejenigen zu verwerfen, die noch etwas zu wünschen übrig lassen, sondern man muss sie zusammenreihen und zu einem allgemeinen Schlusse zu gelangen suchen. Wir gelangen dann zu der entschiedenen Ueberzeugung, dass die Syphilis durch die Vaccination übertragen werden kann, weil dasjenige, was in dem einen Falle unvollkommen ist, durch den anderen ersetzt wird. Was uns nämlich zuerst, wenn wir uns auf diesen Standpunkt stellen, in die Augen fällt, ist das erste Symptom in den Fällen von Syphilis durch Vaccination veranlasst. Was zeigt sich nämlich zuerst? Immer an einem oder an mehreren Impfstichen die Entwickelung eines spezifischen Schankers mit allen seinen Charakteren; nach und nach treten dann die anderen Erscheinungen der syphilitischen Infektion zu Tage. Will man nun sagen, dass dieses Alles noch nicht den Beweis liefere, es sei auch wirklich die Syphilis durch die Vaccination mit übertragen worden und die Individuen haben die Ansteckung anderswoher bekommen? Darauf dient dann aber die Antwort, dass ja der indurirte Schanker gerade an den Impfstellen zum Vorscheine gekommen ist und dass

gerade hierin ein untrügliches Zeugniss für die eigentliche Quelle der Ansteckung liegt. Uebrigens kennt man ja auch die Wirkung, welche die Vaccine hat, wenn sie in einen schon mit syphilitischem Virus behafteten Organismus eingeführt wird. Die bis dahin latent gewesene Syphilis kann allerdings durch die Vaccination erweckt werden, aber sie bekundet sich dann immer durch Erscheinungen ganz anderer Art.

Man hat auch den Einwurf gemacht, dass in einigen der veröffentlichten Fälle eine sehr wichtige Lücke vorhanden ist, indem nämlich die syphilitische Diathese derjenigen Kinder, von denen der Vaccinestoff abgenommen und weitergeimpft ist, nicht erwiesen worden ist, und zwar entweder, weil sie keine äussere Spur dieser Krankheit dargeboten haben, oder, weil man sie nicht genügend unter Beobachtung behalten konnte. Man vergisst aber, dass dem nicht so in allen Fällen gewesen ist, sondern dass die Syphilis bei mehreren wirklich nachgewiesen werden konnte. Ich will nur an den Soldaten erinnern, von dem Lecocq gesprochen hat und der, als man die Vaccinelymphe von ihm abnahm, einen indurirten Schanker am Penis hatte. Uebrigens hat diese Nachweisung nicht die Wichtigkeit, die ihr Einige beilegen. Hält man es denn in der Privatpraxis, wenn z. B. ein Mann mit einem indurirten Schanker sich vorstellt und wenn einige Zeit nachher die übrigen Symptome der syphilitischen Infektion sich entwickeln, für durchaus nothwendig, zur Aetiologie zurückzukehren, um die vorhandene Syphilis zu bekämpfen? Die Beobachtung würde allerdings vollständiger sein, aber sie würde nicht grössere Ueberzeugung verschaffen.

Was Einige ganz besonders in Verwunderung setzt, ist der Umstand, dass mit der von demselben Individuum und genau zu derselben Zeit entnommenen Vaccine man bei Manchen zugleich Syphilis mit überträgt, bei Manchen aber wiederum nur die Vaccinepustel allein bewirkt. Findet man aber nicht dasselbe bei jeder anderen Inokulation? Kann man daraus einen entschiedenen Einwand machen, dass man den Satz aufstellt, man würde, falls man die Materie nicht aus einer Vaccinepustel, sondern aus einem wirklichen Schanker

entnommen hätte, zu weit gleichartigeren und konstanteren Resultaten gelangt sein? Der einzige Schluss, den man aus diesen Vorgängen ziehen kann, ist der, dass das aus einem primären Geschwüre hergeholte Virus kräftiger ist und leichter sich inokulirt als dasjenige, welches durch Mischung mit Blut oder Vaccinematerie geschwächt ist.

Endlich führt man an, dass direkte Versuche gemacht worden, aber erfolglos geblieben sind; die von Bidart sind im *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques Tome II* mitgetheilt. Das *Journ. de Médec. de Lyon* berichtet, dass Hr. Montain der dortigen medizinischen Gesellschaft (1848) die Mittheilung gemacht, es seien von ihm 30 Kinder mit der aus den Vaccinepusteln eines syphilitischen Individuums entnommenen Materie geimpft worden, und es habe von ihnen kein einziges etwas mehr bekommen als die Vaccineeruption. Die Herren Schreter und Taupin haben ähnliche Erfahrungen gemacht. Können aber, fragen wir, diese negativen Ergebnisse in irgend einer Weise die vorher mitgetheilten nur zu positiven Thatsachen schwächen? Sie lassen sich auf verschiedene Weise erklären, und für Hrn. Viennois bilden sie nur ein neues Argument für die von ihm aufgestellte Theorie.

Wenn es nun wahr ist, wenn es nach unserer Ansicht nicht bestritten werden kann, dass mittelst der Vaccination auch die Syphilis übertragen wird, so bleibt noch zu bestimmen, welches das Agens dieser Uebertragung oder, mit anderen Worten, der Träger des Giftes ist? Ist es das Blut oder ist es die Vaccinematerie? Die Lyoner Schule, die seit einigen Jahren über die Behandlung der Syphilis viel Aufklärung verschafft hat, lehrt, dass das Blut allein das syphilitische Virus in sich trägt, und dass man von einem mit Syphilis behafteten Individuum ohne allen Nachtheil die Vaccinelymphe entnehmen und gebrauchen könne, soferne man nur dafür Sorge trage, dass sie nicht im Geringsten mit dem Blute des Individuums gemischt sei. Von Viennois sind mehrere Thatsachen bekannt gemacht worden, welche dieser Ansicht zur Stütze dienen. Dasselbe gilt von der Mittheilung, welche

ich aus der *Gaz. des Hôpitaux* vom 22. Oktober 1864 entnommen habe. Es wäre selbstverständlich von der grössten Wichtigkeit, wenn es sich wirklich so verhielte, denn dann hinge es ja jedesmal von uns ab, die Gefahr der Uebertragung der Syphilis mittelst der Vaccination abzuwenden. Leider aber scheint die Erfahrung noch sehr ernste Zweifel bestehen zu lassen und theoretisch lässt sich auch sehr schwer eine solche Unterscheidung begründen. Wir können nicht gut begreifen, was Viennois damit meint, wenn er uns die Vaccine in der Pustel als in einem Behälter, den er „poche vaccinale" nennt, eingeschlossen vorstellt. Man findet allerdings eine gewisse Menge sogenannter Lymphe im Inneren der Vaccinepustel, aber es ist dieses nur der kleinste Theil der Materie, den man daraus auf einmal entnehmen kann. In Wirklichkeit verhält sich die Sache folgendermassen: Wenn man die Spitze einer flach und horizontal gehaltenen Lanzette an mehreren Punkten durch die verdickte Epidermis einsenkt, sieht man nach ganz kurzer Zeit eines oder mehrere Tröpfchen einer durchsichtigen und farblosen, bisweilen etwas gelblichen Flüssigkeit hervorquellen. Gewöhnlich kann man auf diese Weise lange genug Lymphe hervorkommen lassen, um sich die Ueberzeugung zu verschaffen, dass diese nicht in einem geschlossenen, gemeinsamen Heerde innerhalb der Vaccinepustel sich befindet; die Gewissheit erlangt man, wenn man die äussere Hülle der Pustel ganz wegnimmt, den Grund bloslegt und ihn mit einem leinenen Läppchen abwischt. Nach ganz kurzer Zeit bemerkt man dann, dass aus diesem Grunde Flüssigkeit von Neuem hervorschwitzt, die ganz dasselbe Ansehen hat wie die erste Lymphe, auch ganz dieselben Resultate liefert und offenbar von den Kapillarien der verdickten Kutis geliefert wird. Sie ist oft so reichlich, dass man 2 oder 3 Röhrchen damit füllen kann. Mehr als einmal haben wir aus einer einzigen Vaccinepustel genug erlangt, um mehr als 100 Kinder zu impfen. Was auch noch beweist, dass die sogenannte Vaccinelymphe direkt aus dem Blute kommt oder vielmehr dem Blutserum angehört, ist der Umstand, dass, wenn man von der Vaccinepustel eines ganz

kleinen, noch an Icterus neonatorum leidenden Kindes Lymphe abnimmt, sie eine stark gelbe Farbe zeigt, ohne dass dadurch ihre Eigenschaften vermindert werden.

Zieht man alles Dieses in Erwägung, so muss man sich doch wohl fragen, wodurch und auf welche Weise wohl eigentlich die Beimischung von einigen Blutströpfchen die Grundqualitäten der Vaccinelymphe abändern und ihr die Kraft geben könne, die Syphilis mitzutheilen. Die Theorie, das muss man sagen, ist verführerisch; sie stützt sich auf einige Facta, welche nicht ohne Interesse sind, aber sie ist doch durchaus noch nicht begründet genug, um Anerkennung zu finden. Man kann sie jedenfalls für die Praxis in's Auge fassen und auch in gewisser Beziehung nach ihr in den Handlungen sich bestimmen, allein sich darin versichert zu halten und zu glauben, dass man niemals Syphilis mit der Vaccine übertragen könne, wenn man nur streng darauf sieht, dass die Lymphe, die übergeimpft wird, nicht mit Blut gemischt ist, dazu hat man noch kein Recht.

Was muss man denn thun, um die traurigen Zufälle zu verhüten, von denen hier die Rede ist und die in neuester Zeit den Aerzten so bedenklich geworden sind? Ich glaube nicht, dass irgend Jemand auf den Gedanken kommen werde, es sei die Vaccination ganz und gar aufzugeben. Die grosse Wohlthat derselben steht unzweifelhaft fest; auf Millionen ist bis zum heutigen Tage die Vaccine zu grossem Nutzen übertragen worden, und wenn auch durch sie leider nicht selten die Syphilis mitgetheilt worden, so bilden diese Fälle doch immer nur eine Ausnahme. Wo blieben wir in der Therapie und in der Chirurgie, wenn wir sofort ein Arzneimittel, ein Heilverfahren oder eine chirurgische Operation gänzlich verwerfen wollten, weil nicht immer das erwartete Resultat erlangt, ja weil selbst bisweilen Schaden gestiftet worden ist? Die Vollkommenheit des Erfolges immer und unter allen Umständen ist ein Ideal, nach dem man wohl vergeblich strebt, und es gilt der Satz auch hier, dass zwischen zwei Uebeln das kleinste zu wählen sei. Hat ein an sich nützliches Verfahren noch einige Uebelstände, so muss man suchen, sie zu vermindern, und was die Vaccination betrifft, so darf man

sich der Vorsichtsmassregeln nicht entschlagen, die man nur zu oft ausser Acht gelassen hat, besonders indem man blindlings den Doktrinen Vertrauen geschenkt hat, welche über die Uebertragungsweise der Syphilis lange Zeit die Herrschaft gehabt haben.

Der Hauptpunkt ist und bleibt, die Vaccinematerie aus möglichst reinster Quelle zu schöpfen, und es ist dieses nicht so schwer, als man vielfach angegeben hat. Gewöhnlich sind es kleine Kinder, von denen man die Materie abnimmt; es geschieht dieses also zu einer Zeit des Lebens, wo, wenn die Syphilis existirt, sie wohl in den allermeisten Fällen durch Erblichkeit übertragen ist. Man hat sich also dann zu fragen, zu welcher Zeit diese angeerbte Syphilis bei dem Kinde äusserlich zur Erscheinung komme? Selbst nach dem Zugeständnisse Derjenigen, welche behaupten, dass nur selten bei der Geburt schon die Syphilis zu bemerken ist, kann doch nicht in Abrede gestellt werden, dass sie bald nach derselben sich bemerklich mache. So ist z. B. Diday durch eine Zusammenstellung von 158 Fällen zu folgenden Resultaten gelangt: Die angeerbte Syphilis ist zum Vorscheine gekommen: im ersten Monate nach der Geburt 86mal; im zweiten 45mal; im dritten 15mal; im vierten 7mal; im fünften 1mal; im sechsten 1mal; im achten 1mal; im zwölften 1mal und im zweiten Lebensjahre 1mal. Fasst man nur die erste Ziffer, nämlich 86 auf 158, oder das Hervortreten der Syphilis im ersten Monate nach der Geburt, in's Auge, so wird man einräumen müssen, dass dieses frühzeitige Hervortreten die Regel ist, allein man darf nicht vergessen, dass andere Beobachter, die auch Gelegenheit hatten, viel zu sehen, uns versichern, am häufigsten mache sich schon bei der Geburt am Kinde die angeerbte Syphilis bemerklich, und eine dieser Autoritäten hat erst neuerlichst der Akademie mitgetheilt, dass er mehr als hundert Fälle der Art notirt habe. Nun kommt es, mit Ausnahme der Zeit von etwa vorhandener Pockenepidemie und mit Ausnahme gewisser Hospitäler, wohl selten vor, dass man die Kinder vor der fünften oder sechsten Woche des Lebens vaccinirt, und dadurch schon wird die an sich nicht grosse Gefahr, einen

mit Syphilis kontaminirten Vaccinestoff zu erzeugen, noch bedeutend vermindert. Man muss sich freilich hier, wie bei anderen ähnlichen Fragen, der möglichsten Vorsicht befleissigen und deshalb sich es zum Gesetze machen, **die Vaccinelymphe nur von solchen Kindern zu entnehmen, die das zweite Jahr oder, besser noch, den dreissigsten Monat des Lebens hinter sich haben.**

Ferner muss man ein solches Kind, von dem man die Vaccinematerie nimmt, von Kopf bis zu Füssen genau besichtigen. Man muss von jedem Kinde absehen, welches irgend einen verdächtigen Ausschlag hat, und nur von solchen die Impfmaterie herholen, welche kräftig und frisch aussehen und über deren Eltern man möglichst genaue Auskunft erlangt hat. Unter Beachtung dieser Vorsichtsmassregeln kann man dreist und kühn mit den Vaccinationen vorwärts schreiten und braucht sich keine Sorge zu machen. Kann man auch nicht mit absoluter Gewissheit sagen, dass jede Gefahr abgewendet sei, so kann man sich doch wenigstens das Zeugniss geben, dass man, vom jetzigen Stande der Wissenschaft aus, sein Möglichstes gethan hat.

Die Akademie kann in dieser Beziehung auf die Erfahrung, die in dieser Sache eine sehr grosse ist, sich stützen; sie erkennt, dass die Wohlthaten der Vaccine jährlich von ihr zwei- bis dreitausend Individuen gewährt wird, und dass bis zu diesem Tage sie selbst auch nicht einen einzigen wohlkonstatirten Fall von Syphilis, durch Vaccination erzeugt, zu beklagen gehabt hat.

Ist es nun auch noch nicht bestimmt erwiesen, dass das Blut in den hier in Rede stehenden Fällen der alleinige Träger des syphilitischen Giftes sei, so ist es doch rathsam, bei der Abnahme der Materie aus der Vaccinepustel die Beimischung von Blut zu vermeiden, und wenn bei der Oeffnung der Pustel sich dennoch Blut zeigt, so muss man mit einem Läppchen erst den Grund der Pustel abtrocknen und warten, bis ein neues Tröpfchen von ungefärbter Lymphe zum Vorscheine gekommen ist. Gelingt es nicht, das Blut wegzuwischen und ungefärbte Lymphe zu erhalten, so ist es besser,

diese Pustel ganz zu verlassen und sich an eine andere zu machen.

In einer so wichtigen Angelegenheit darf auch nicht das Geringste unberücksichtigt bleiben. Die Erfahrung hat erwiesen, dass die Impfung mittelst der Nadel ganz eben so gute Resultate liefert, als die mittelst der Lanzette, oder mittelst eines anderen, nicht mehr gebräuchlichen Verfahrens, allein mit der Nadel, welche dasjenige Instrument ist, dessen die Akademie seit mehr als 8 Jahren bei den Vaccinationen sich bedient, bringt man eine weit geringere Menge Materie ein, als mittelst der Lanzette; auf die Resultate der Vaccination hat das, wie gesagt, keinen Einfluss, wohl aber wird durch die geringere Menge der eingeimpften Materie die mögliche syphilitische Infektion vermindert, und es wäre demnach wohl auch die Impfung mittelst der Nadel, die auch noch andere Vortheile hat, zur Regel zu machen. Senkt man die Nadel in eine Vaccinepustel ein, um Lymphe aufzunehmen, so gerathet man damit weniger in Gefahr, ein Bluten herbeizuführen, als mittelst der Lanzette, und wenn es wahr sein sollte, dass das Blut der einzige oder der Hauptträger des syphilitischen Virus ist, so wird dadurch natürlich auch die Gefahr der Uebertragung der letzteren verhütet. Jedenfalls kann es nichts schaden, wenn man darauf sieht, ganz reine, d. h. mit Blut nicht gemischte Materie, zur Vaccination zu nehmen.

Von der Erzählung vieler Geschichten, die in den letzten Jahren veröffentlicht worden sind, besorgt gemacht, haben einige Aerzte vorgeschlagen, der Ueberimpfung von Arm zu Arm zu entsagen und zu den Vaccinationen sich nur der in Röhrchen aufbewahrten Materie zu bedienen. Was damit bezweckt wird, ist schwer zu sagen, da doch Alles von der Eigenschaft der Materie abhängt und diese sich nicht nach der Art der Aufbewahrung, sondern nach der Quelle bestimmt, aus der sie entnommen ist. Das syphilitische Gift erhält sich, wenn es einmal in der Materie haftet, gewiss auch innerhalb der Röhrchen.

Hr. Viennois, welcher auf die von mir angegebenen Vorsichtsmassregeln einigen Werth legt, hält sie jedoch nicht

für genügend und macht einen weit durchgreifenderen Vorschlag: „Gehen wir zurück zu den Cow-pox", sagt er! Die Privatindustrie soll, so will er, dieser Idee sich bemächtigen; es sollen jedes Jahr junge Kühe mit ächter Pockenmaterie geimpft werden, damit man immer und zu jeder Zeit ganz frische, reine und wirksame Vaccine haben könne. Dieses Verlangen ist ganz natürlich und auch nicht neu, wie er selbst zugibt; er weiss, dass diese Einrichtung in Neapel seit 50 Jahren bei den wohlhabenden Klassen besteht, und er möchte, dass sie auch überall bei uns geschaffen werde. Wir können hinzufügen, dass ein Arzt in Paris, der vor einigen Jahren gestorben ist, den eben angegebenen Gedanken zur Ausführung zu bringen gesucht hat, und zwar nicht bloss aus Furcht vor Verbreitung der Syphilis durch die Vaccine, sondern aus anderen Motiven, die hier nicht erörtert zu werden brauchen, und eine lange Zeit hindurch las man ab und zu Ankündigungen von frischem Cow-pox und damit bewirkten Vaccinationen. Dieser Versuch hatte keinen grossen Erfolg und blieb auf die Praxis des Dr. James beschränkt. Es scheint, dass der Versuch in unseren Tagen sich wiederholen wird; denn der Plan hat zwei junge Aerste, die die besten Absichten haben, zu weiteren Bemühungen angeregt und einer von ihnen ist eben erst nach Neapel gereist, um eine Einrichtung dieser Art kennen zu lernen, die dort seit Jahren mit grossem Nutzen bestehen soll.

Stellt man sich auf einen rein wissenschaftlichen Standpunkt und nimmt man als ausgemacht an, dass das Rindergeschlecht für die Aufnahme des syphilitischen Giftes gar keine Empfänglichkeit besitzt, und dass bei ihm auch keine anderen Krankheiten vorkommen, welche durch Inokulation auf den Menschen übertragen werden können, so kann man sich nicht enthalten, dieser Idee Beifall zu zollen, deren Ausführung die gerechten Besorgnisse wegen der Unsicherheit und üblen Folgen unserer gewöhnlichen Vaccination verscheuchen würde, allein man kann sich nicht verhehlen, dass grosse Schwierigkeiten mit dem Plane verknüpft sind. Denn wenn dieses auch in grossen volkreichen Städten oder inmitten einer dichten wohlhabenden Bevölkerung möglicher-

weise durchgeführt werden kann, so kann man es doch nicht in kleinen Städten und auf dem Lande. Warten wir jedenfalls die Bemühungen ab, in die man jetzt einzugehen scheint und unterstützen wir sie möglichst. Wir leben hier in einem Lande und zu einer Zeit, wo nichts, was wahrhaft nützlich ist, unmöglich erscheint.

Die Akademie schliesst hiemit den Bericht, den sie über die wichtige Frage der vaccinalen Syphilis an Sie, Herr Minister, abzustatten hat, aber sie möchte nicht, dass man aus ihren Worten und aus den vorgebrachten nicht angenehmen Thatsachen zu dem Schlusse käme, es sei die Vaccine in ihren Augen nicht mehr eine so wichtige Eroberung der Medizin, als wie sie seit vielen Jahren gegolten hat. Die Akademie ist mehr wie jemals überzeugt, dass man die Verbreitung und Aufnahme der Vaccination so viel als nur irgend möglich ermuthigen müsse, und sie wird ihre Aufgabe erfüllt haben, wenn durch Beseitigung einiger Illusionen es ihr gelungen ist, allen Aerzten begreiflich zu machen, dass sie bei Ausübung der Vaccination der angegebenen Vorsichtsmassregeln sich nicht entschlagen dürfen.

Ueber Strypsjuka oder Krup, nach den Vorlesungen (während des Herbsttermines 1863) von H. A. Abelin, Professor der Pädiatrik am Karolinischen Institute zu Stockholm.

(Fortsetzung *).

Diagnose.

Die Diagnose anlangend, so scheint es zwar, als wenn der Krup mit den vielen heftigen und stark ausgeprägten Symptomen, welche ihn öfters charakterisiren, nicht mit irgend einer anderen Krankheit verwechselt werden könnte. Dieses

*) S. Jan. u. Febr.-Heft S. 35.

ist inzwischen nicht der Fall, denn theils variiren die Symptome desselben, theils können auch die meisten derselben in anderen Leiden der Luftröhre und der benachbarten Organe vorkommen. Die Krankheiten, mit welchen der Krup unter gewissen Umständen verwechselt werden kann, sind: die einfache, katarrhalische Laryngitis, Spasmus glottidis, fremde Körper in der Luftröhre, Asthma thymicum, Ulzerationen im Larynx, Retropharyngealabszesse, Angina tonsillaris, Diphtheritis.

1) Die einfache Laryngitis ist von Allen am schwersten vom reinen, wirklichen Krup zu unterscheiden. Der erste oft ganz gewaltsame Anfall bei jener Krankheit hat so viele Aehnlichkeit mit einem wirklichen Krupanfalle, dass dann gerade eine differentielle Diagnose oft unmöglich ist. Die Beschaffenheit des Hustens, das Geräusch bei der Respiration, die verlängerte Inspiration, die Athemnoth, die Unruhe und Angst finden sich sowohl in dem einen wie in dem anderen Falle. Auch das Fieber fehlt nicht, auch wird das Gesicht während des Anfalles aufgetrieben und geröthet oder schwach violett. Daher ist es denn leicht erklärlich, dass ein Irrthum in diagnostischer Hinsicht begangen werden kann. Aber der Zweifel über die wahre Natur der Krankheit schwindet bald bei weiter eintretenden Anfällen.

Vorausgesetzt, dass irgend welches zweckmässiges Verfahren vorgenommen ist, was öfters, selbst ohne Zuthun des Arztes, geschieht, so nehmen in der einfachen Laryngitis die Anfälle an Intensität ab, oder bleiben auch ganz aus; die Dyspnoe wird niemals so schwer, die Respiration nicht so mühsam und anstrengend, die Remissionen sind nicht so deutlich, und geht die Krankheit gemeiniglich sehr bald unter den Symptomen eines gelinden Katarrhs in Gesundheit über. Im wirklichen Krup findet aber das Entgegengesetzte Statt und endigt die Krankheit öfters tödtlich. Die einfache Laryngitis macht oft Rückfälle. Ich habe in einer Familie drei Kinder gesehen, die an einer einfachen Laryngitis litten, welche bei allen fast regelmässig einmal im Monate wiederkehrte. Das Vorhandensein von kleinen weissen Belegen auf den Tonsillen, oder das Aufhusten von Exsudatflocken und

Pseudomembranen, wenn sich solche finden, enthält am sichersten die wahre Natur der Krankheit. Obgleich ein Irrthum in diagnostischer Hinsicht zwischen diesen beiden Krankheiten nur beim ersten Anfange derselben möglich ist, so leidet es doch keinen Zweifel, dass derselbe ganz oft begangen wird. Es erklärt sich nur daraus theils die grosse Zahl der Fälle von sporadischem Krup, welche Aerzte in selbst beschränkter Praxis gesehen haben wollen, während Andere in derselben Gegend eine ganz geringe Anzahl wahrnahmen, theils aber auch das besonders glückliche Resultat, welches Erstere mit einer Behandlung, die von Letzteren ohne Erfolg angewendet wurde, gewonnen zu haben behaupten. In prognostischer Hinsicht finden wir so ungleiche Angaben, dass der eine Arzt angibt, er habe 90 bis 95 Prozent von Krupkranken gerettet, während der Andere dieselbe Zahl verloren hat.

Ich habe es mir wegen der Schwierigkeit der Diagnose im ersten Anfange der Krankheit zur Regel gemacht, alle zweideutigen Fälle, bis ich völlige Gewissheit über dieselben erlangen kann, vom ersten Augenblicke an als wirklichen Krup zu behandeln; dagegen verschiebe ich es, um die Angehörigen nicht unnützerweise in Angst zu setzen, die Diagnose fest zu bestimmen, bis dieselbe sicher konstatirt werden kann.

2) Spasmus glottidis kommt meistens bei ganz jungen Kindern vor; während der Anfälle ist die Respiration gänzlich aufgehoben; zwischen denselben fehlt der Husten, so wie die Veränderung im Geräusche und Tone; es ist keine Respirationsbeschwerde, kein Fieber vorhanden; die Gesundheit scheint vollständig zu sein. Während des Anfalles stellen sich gewöhnlich allgemeine Konvulsionen ein.

3) Fremde Körper in der Luftröhre In den allermeisten Fällen dürfte hier die Ursache wohl dem Kinde selbst oder seiner Umgebung bekannt sein; wo dieses aber nicht der Fall ist, da hat man auf das Fehlen des Fiebers und aller anderen Symptome einer akuten, entzündlichen Krankheit zu achten, und ebenso, dass alle Vorboten durchaus nicht vorhanden gewesen sind.

4) Asthma thymicum. Obgleich man in neueren Zeiten diese Form des Asthma hat in Abrede stellen wollen und Friedleben in seiner im Jahre 1858 erschienenen Abhandlung „die Physiologie der Thymusdrüse in Gesundheit und Krankheit“ zu beweisen gesucht hat, dass dieselbe nicht vorkommen kann, so muss ich doch nach meinen Beobachtungen dieses Asthma nicht allein als ein gar nicht ungewöhnliches Ereigniss im Kindesalter ansehen, sondern auch behaupten, dass es wegen der vielen gleichartigen Symptome möglich wird, dasselbe mit dem Krup zu verwechseln. Als Stütze für diese meine Ansicht dürfte es hinreichend sein, die folgenden beiden Krankheitsfälle mitzutheilen.

Das Mädchen G., 5 bis 6 Jahre alt, erkrankte am Vormittage des 9. Juni 1848, ohne dass dessen Umgebung vorher irgend ein bemerkenswerthes Unwohlsein bei demselben wahrgenommen hatte, an Symptomen, die der Angabe nach vollkommen dem Krup glichen. Als ich die Kleine in Gesellschaft des Dr. B. zwischen 4 und 5 Uhr Nachmittags zuerst sah, waren schon zwischen 1 und 2 Uhr auf Anrathen eines vorher gerufenen Arztes 6 Blutegel am oberen Rande des Brustbeines gesetzt worden und dauerte die Nachblutung in den um den Hals applizirten heissen Umschlag noch ziemlich reichlich fort. Innerlich waren wiederholt Brechmittel gegeben. Bei unserem Besuche lag die kleine Kranke in einem Zustande, welcher uns sofort überzeugte, dass wir es hier mit einem äusserst schweren, völlig ausgebildeten Krup zu thun hatten. Die Respiration war äusserst mühsam und anstrengend, die Inspiration verlängert, pfeifend; die Unruhe und Erstickungsangst hatten ihre Höhe erreicht; das Gesicht war roth-violett, die Nasenflügel arbeiteten gewaltsam, der Puls war schnell und ein reichlicher Schweiss brach periodisch aus. Eine Veränderung der Lage und ein Versuch zu sprechen riefen qualvolle Hustenanfälle, zu welchen sich Erstickungssymptome gesellten, hervor. — Später am Nachmittage wurde Professor M. hinzugerufen, und da ungeachtet aller Versuche, durch Anwendung der gewöhnlichen Mittel Linderung zu verschaffen, die Symptome an Intensität zunahmen, so wurde am Abende zwischen 10 und 11 Uhr Dr. L.

gerufen, um die Tracheotomie zu machen. Während der Ueberlegung über die Ausführung der Operation und ehe die Vorbereitungen zu derselben getroffen waren, starb die Kranke. Bei der Leichenöffnung fanden wir zu unserer grossen Verwunderung keine Spur von einem Exsudate im Larynx und in der Trachea. Die einzige Veränderung, welche sich in diesen Organen entdecken liess, war ein etwas vermehrter Blutgehalt in der Schleimhaut, so wie ein dünnes, feinschaumiges Sekret im unteren Theile der Trachea. Dagegen fand sich eine grosse und saftreiche Glandula thymus, welche sich vom Ende des Larynx bis zum Diaphragma erstreckte und die vorderen Ränder beider Lungen so wie einen Theil des Herzens bedeckte.

Der Knabe S., 6 bis 7 Jahre alt, erkrankte am 28. November 1857 an den Symptomen des Krups. Am Abende des folgenden Tages wurde ich vom Dr. N., dem Arzte der Familie, hinzugerufen. Bei meiner Ankunft fand ich den Knaben an denselben Symptomen leidend, woran das Mädchen G. gelitten hatte. Ohne Bedenken rieth ich die Operation um so mehr an, als die vom Dr. N. angewendeten Mittel nicht die geringste Linderung zu Stande gebracht hatten. Auf Verlangen der Eltern wurde die Operation bis zum folgenden Morgen verschoben, an welchem Professor S. hinzugerufen wurde, der denn auch, da der Tod durch Erstickung jeden Augenblick einzutreten drohte, sofort die Tracheotomie vornahm. Die Operation ging glücklich von Statten und befand sich der kleine Kranke, nachdem die Kanüle eingeführt war, so wohl, als die Umstände es zulassen konnten. Alles schien gut zu gehen und machte ich am zehnten Tage nach der Operation den ersten Versuch, die Kanüle hervor zu nehmen; da die Respiration aber sofort erschwert wurde, wurde sie wieder eingebracht. Ein acht Tage später gemachter Versuch gelang nicht besser. Nach Verlauf einiger Zeit wurde (einen Monat nach der Operation) ein dritter Versuch, die Kanüle wegzunehmen, gemacht, und da nun, selbst wenn die Operationswunde mit dem Finger geschlossen wurde, das Athemholen ungestört fortging, so wurde die Kanüle nicht wieder eingelegt und die Wunde verbunden. Dieses geschah

um 12 Uhr Mittags. Drei Stunden später lag der Knabe bei meinem Besuche, zu meiner und der Eltern Freude, in einem guten Schlafe mit ruhigem Athemholen. Um 10 Uhr Abends kam ein Bote zu mir, mit dem Ersuchen, so bald als möglich zu dem Kranken zu kommen, bei dem sich ganz plötzlich die Athemnoth wieder eingestellt habe. Ich eilte nach dem Hause und fand das Kind in der höchsten Verzweiflung; Erstickungstod drohte augenblicklich eintreten zu wollen. Professor S., zu dem man ebenfalls gesendet hatte, langte nach einer Viertelstunde an, und da meine Versuche, die Kanüle wieder einzubringen, wegen der Zusammenziehung der Wunde bis dahin nicht gelungen waren, so nahm er sofort die Dilatation derselben vor. Allein auch hiernach konnte die Kanüle in Folge von Verengerung in der Luftröhre unterhalb der Wunde nicht wieder eingeführt werden, und starb der Knabe während der fortgesetzten Versuche an Erstickung. — Bei der am folgenden Tage vorgenommenen Leichenöffnung fand sich keine Spur von krankhafter Veränderung im Larynx und in der Trachea und war auch nichts in demselben enthalten, woraus man sich die Erstickung erklären konnte. Dagegen wurde auch hier eine eben so beschaffene Thymusdrüse wie bei dem Mädchen G. gefunden. —

Was das Mädchen G. anbelangt, so ist mir über den früheren Gesundheitszustand desselben nichts bekannt geworden; von den Eltern des Knaben S. erfuhr ich aber, dass derselbe schon vom zartesten Kindesalter an engbrüstig gewesen sei, dass derselbe bei starken Bewegungen, besonders aber beim Schreien und Weinen, schwer geathmet, ja sogar gelinde Erstickungsanfälle gehabt habe. Ich trage daher kein Bedenken, zu erklären, dass dieser Knabe schon von seinem frühesten Lebensalter an an einem wirklich reinen Asthma thymicum gelitten hat.

Hier möchte ich auch noch anführen, dass ich ein Mal einen Fall beobachtet habe, den ich wegen der Symptome bei Lebzeiten für einen reinen Krup hielt, in welchem ich aber bei der Leichenöffnung einen Abszess in der Thymus fand, der die vordere Wand der Trachea perforirt und einen Theil seines Inhaltes in dieselbe ausgeleert hatte.

5) Retropharyngeal-Abszesse und Geschwülste in solcher Lage, dass sie einen starken Druck auf den Larynx, die Trachea oder auf den Nervus vagus und recurrens ausüben können. Diese können mit dem Krup die Lautveränderung beim Sprechen, Husten und bei der Inspiration, so wie Dyspnoe gemeinschaftlich haben, allein es fehlen bei ihnen die Remissionen und die Expektoration. Der Verlauf derselben ist weniger akut und tritt die Krankheit nicht so heftig auf. Beim Retropharyngeal-Abszesse wird früher oder später Fluktuation bemerkt werden können und diese bildet dann das sicherste Kennzeichen desselben.

6) Ulzerationen im Larynx. Andere Formen von Ulzerationen im Larynx als die syphilitische und tuberkulöse habe ich in meinem Wirkungskreise nicht wahrgenommen und diese dürften denn wohl die einzigen sein, welche im Kindesalter vorkommen. Wenn auch ein oder mehrere Symptome derselben unstreitig grosse Aehnlichkeit mit einigen entsprechenden Symptomen des Krups haben können, wie Heiserkeit, Lautveränderung, Husten, so finden sich doch manche andere, welche immer, bei gehöriger Aufmerksamkeit, gegen einen Irrthum in der Diagnose schützen werden. Dahin gehören: die allgemeinen Symptome von Dyskrasie, der chronische Verlauf, die hektische Natur des Fiebers und das kachektische Aussehen des Kranken, das Fehlen von Remissionen und die äusserst gewaltsamen Anfälle.

7) Die Angina tonsillaris kann, sagt man, wenn die Geschwulst bedeutend ist und die Entzündung und Anschwellung der Schleimhaut bis auf die Stimmritze sich verbreitet, möglicherweise mit einem Krup verwechselt werden. Ich bezweifle jedoch, dass, vorausgesetzt eine hinreichend genaue Untersuchung habe stattgefunden, irgend eine Verwechselung vorkommen könne. Allerdings tritt die Angina bisweilen sehr heftig auf, allein dann mit Symptomen, welche mehr einer Hirnentzündung als dem Krup gleichen. Die Heiserkeit kann bedeutend sein und kann der Husten, wenn er sich findet, einen Kehlton, nicht unähnlich dem Kruptone, annehmen. Dagegen fehlen die heftige Dyspnoe, die Remissionen und Erstickungsanfälle; das Vermögen zu schlingen, welches im

Krup nicht gestört ist, ist hingegen hier in den schwereren Formen gänzlich aufgehoben. Die Inspektion des Rachens liefert einen guten, vielleicht den besten, Aufschluss, ist jedoch oft, besonders bei kleinen Kindern, und wenn die Geschwulst bedeutend ist, mit grosser, bisweilen unüberwindlicher, Schwierigkeit verknüpft. Sie muss jedoch immer versucht werden.

8) Diphtheritis. Der Ansicht, welche von der Zeit an, als Bretonneau mit seiner oben zitirten Abhandlung zuerst auftrat, oft ausgesprochen wurde, dass der Krup und die Diphtheritis identisch seien, kann ich nicht beitreten, sondern halte es für durchaus nothwendig, beide Krankheiten von einander zu unterscheiden. Wenn es auch auf der einen Seite nicht geleugnet werden kann, dass dieselben, sowohl in Bezug mehrerer Symptome während des Lebens, als auch gewisser Befunde nach dem Tode unter gewissen Verhältnissen einander gleichen und schwer unterschieden werden können, so muss doch auf der anderen Seite anerkannt werden, dass jede der beiden Krankheiten eigene und bestimmende Charaktere zeigt, weshalb sie denn auch, wenn sie auch in der Praxis manchmal schwer zu unterscheiden sind, dennoch als zwei verschiedene Krankheiten betrachtet und beibehalten werden müssen.

Einige Schriftsteller, welche glaubten, eine vollkommene Identität des Krups und der Diphtheritis nicht annehmen zu dürfen oder zu können, haben, um die entgegengesetzten Meinungen zu vereinigen, vermittelnde Ansichten aufgestellt. So hat man bald die Diptheritis für eine Varietät des reinen Krups angesehen und geglaubt, dass alle die Umstände, welche im Allgemeinen unter der ärmeren Volksklasse und in grossen Städten einen in gesundheitlicher Hinsicht nachtheiligen Einfluss ausüben, diese Verschiedenheit verursachen sollen, welche sich zwischen diesen beiden Arten derselben Krankheit findet, und dass die Diphtheritis sich zum Krup verhalte, wie die typhöse Pneumonie zu der reinen, krupösen. Bald hat man dagegen die Diphtheritis für einen epidemischen Krup angesehen und hat behauptet, dass der Wechsel in den Symptomen einzig und allein auf dem Einflusse der epidemi-

schen Konstitution beruhe. Die hauptsächlichsten Gründe für diese Ansichten sind von der Gleichheit in gewissen Symptomen während der Periode, in welcher das diphtheritische Exsudat sich in den Larynx und die Trachea hinab erstreckt, so wie von der Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit, auf chemischem, physikalischem oder mikroskopischem Wege mit völliger Gewissheit irgend einen bestimmten Unterschied zwischen den krankhaften Absonderungen in der einen und anderen Krankheitsform zu ziehen, hergenommen worden.

Es ist merkwürdig und verdient alle Aufmerksamkeit, dass fast alle Schriftsteller, welche die Ansicht von der Identität mit Wärme erfassen oder dieselbe zu modifiziren suchen, ihren Wirkungskreis in grossen, dicht bevölkerten Städten haben, während hingegen die entgegengesetzte Ansicht von Aerzten in dünn bevölkerten Distrikten angenommen und vertheidigt worden ist.

Um unserer oben ausgesprochenen Ansicht eine Stütze zu verleihen, müssen wir einen Blick auf beide Krankheiten in historischer, ätiologischer, symptomatischer, anatomischer und therapeutischer Hinsicht werfen.

Ich habe oben bemerkt, dass vor etwa hundert Jahren in Schweden eine bösartige Halskrankheit herrschte, welche ohne Zweifel eine Diphtheritis gewesen ist. Nach Verlauf einiger Jahre scheint es aber, dass dieselbe, sei es nun als sporadische oder epidemische selbstständige Krankheit, ganz aufgehört hat. Wenigstens finden sich, so viel ich weiss, während der zuletzt verflossenen hundert Jahre oder bis zu unseren Tagen keine Angaben, die das Gegentheil bekräftigen.

Inzwischen war die Aufmerksamkeit auf eine Krankheit gerichtet geblieben, die allgemeine Furcht eingejagt hatte und sich durch Geschwür- und Exsudatbildung im Rachen und in der Luftröhre auszeichnete, welche gewöhnlich Kinder ergriff und oft mit Symptomen von Erstickung endigte. Es war natürlich, dass man nun, wie immer, wenn eine neue Krankheit auftritt, mit steigendem Interesse jeden Fall, in welchem sich ähnliche Symptome vorfanden, beobachten musste. Kurz nach jener Epidemie und nachdem durch die

Monographie von Home sich auch ein grösseres und allgemeineres Interesse auf den Krup gerichtet hatte, wurde der erste in Schweden bekannte Fall davon beschrieben. Als derselbe nun einmal als eine eigene Krankheit erkannt war, finden wir ihn, ohne Zweifel allein in Folge der grösseren und genaueren Aufmerksamkeit, welche sowohl von den Aerzten als Anderen der gefürchteten Krankheit gewidmet wurde, in sporadischen Fällen unter Kindern im ganzen Reiche vorkommend und unter dem Namen Strypsjuka im Tabellwerke, nach den Berichten der Provinzialärzte aufgemachten Mortalitätslisten, als eine von den vielen Ursachen der grossen Sterblichkeit bei Kindern aufgeführt. Die eigentliche Diphtheritis ist dagegen erst in den allerletzten Jahren in weit ausgebreiteten, in einigen Orten sehr bösartigen Epidemieen wieder aufgetreten, während einzelne sporadische Fälle des wirklichen Krups gleichzeitig beobachtet worden sind. So viel ich weiss, hat die Identitätsansicht bis dahin keinen Anhänger in Schweden gefunden. Ich erlaube mir übrigens noch auf die oben angeführte Aeusserung unseres Israel Hwasser, des vorzüglichsten schwedischen Monographen, zu verweisen.

Wenn wir das Verhalten in anderen Ländern betrachten, so finden wir, dass bis zu der Zeit, als Bretonneau mit der Beschreibung seiner neuen Krankheit auftrat, der wirkliche Krup für eine in der Luftröhre lokalisirte Krankheit angesehen, obschon ihrem rechten Wesen nach verschieden beurtheilt wurde; dass dieselbe als solche genau beschrieben, in scharfen Zügen geschildert und durch gut ausgeprägte Charaktere von allen anderen Krankheiten unterschieden wurde. Man hatte ebenfalls die krankhaften Veränderungen in der Luftröhre und im Rachen beobachtet und beschrieben, welche als Komplikationen gewisse andere Krankheiten, hauptsächlich Pocken, Masern und Scharlachfieber begleiten; man hielt die Natur derselben und ihr Verhalten zum reinen Krup für verschieden, aber Keinem fiel es ein, sie für identisch mit demselben zu erklären, obschon die Benennungen „variolöser Krup, morbillöser Krup, skarlatinöser Krup", welche einige Schriftsteller gebrauchten, anzuzeigen scheint, dass sie von diesen für verschiedene, von einander trennbare und getrennte Arten

angesehen wurden. Dass der Name Krup, weil es an einem besseren fehlte, beibehalten wurde, ist ziemlich natürlich, da der neue Name Diphtheritis bis dahin nicht bekannt war.

Albers, Michaelis und Andere tadeln Wilcke deshalb, dass er den Krup mit einer anderen Krankheit verwechselte. Der Erste sagt in seiner *„Commentatio de tracheitide infantum p. 70: „Lues Wilckii Holmiae anno 1766 observata nescio an vere tracheitis fuerit aut scarlatina typhosa. Ille enim hunc morbum saepe cum illa commutare videtur.“* Der Tadel ist insoferne unrecht, weil Wilcke meiner Ansicht nach niemals den Krup abhandelte, sondern, wie der Titel seiner Abhandlung besagt, eine „Angina infantum“, welche wahrscheinlich nichts Anderes war, als eine Diphtheritis. — Wichtig ist es, hier nochmals daran zu erinnern, dass manche, ja die meisten von den älteren Monographen, bei der Beschreibung des Krups einstimmig die Exsudatbildung, ja sogar die Entzündung der Schleimhaut des Rachens, in Abrede gestellt haben. Bei den ausgezeichnetsten älteren Schriftstellern sehen wir im Allgemeinen ein Bestreben und Bemühen, den Krup streng von allen anderen Krankheiten zu trennen.

Seitdem aber Bretonneau im Jahre 1826 seine Beobachtungen über eine Krankheit, welche er Diphthérite nannte und von welcher er erklärte, dass sie ihrem Wesen nach nicht allein mit der Angina gangraenosa, sondern auch mit dem Krup identisch sei, bekannt gemacht hat, ist dagegen diese Ansicht mit grosser Wärme von manchen neueren Schriftstellern, besonders in Frankreich, angenommen worden. Trousseau und Guersent der Aeltere erhoben ihre mächtigen Stimmen für diese neue Lehre. Bald folgten ihnen manche andere berühmte Autoren, welche in derselben Richtung schrieben und lehrten, und in kurzer Zeit war in Frankreich von der einfachen, rein exsudativen Laryngitis als eigene, selbstständige Krankheit keine Rede mehr. Inzwischen ist es den Vertheidigern der neuen Lehre, wie mir scheint, nicht auf eine befriedigende Weise gelungen, die Unfehlbarkeit derselben darzuthun, sondern sind sie, wenn sie Solches versuchten, oft in grosse Verlegenheit gerathen. Es mag mir erlaubt sein,

unter mehreren Beispielen hier einige Stellen aus einem Briefe von 1859, den der bekannte Hr. Barthez in Paris an seinen eben so bekannten, bereits gestorbenen Freund Rilliet in Genf*) schrieb, anzuführen. Derselbe fängt den Brief folgendermassen an: „*J'ai plusieus fois fait appel à tes souvenirs pour connaître les resultats de ton expérience sur la diphthérie et sur le traitement du croup. Tu m'as répondu qu'à Genève la diphthérie infectieuse, l'angine maligne gangréneuse des auteurs, etait une rare maladie et tu m'as appelé que cette remarque avait été déjà fait par ton célèbre compatriote Jurine. Donc, contrairement à ce que nous observons à Paris, le Croup est, à Génève le plus souvent simple.*“

Jawohl! In Genf sowohl als in jedwedem Orte, in welchem die epidemische Diphtheritis nicht einheimisch geworden ist, kommt der einfache Krup in seiner reinen Form vor, wie wir ihn aus den vorzüglichsten Schriften über denselben kennen gelernt haben und wie wir ihn noch jetzt in den Ländern sehen, in welchen derselbe nach der übereinstimmenden Aussage Aller in Folge klimatischer Verhältnisse am häufigsten und vielleicht mit am meisten ausgeprägten Charakteren vorkommt; ich meine die nördlichen Länder, also auch in Schweden. —

Ferner schreibt Barthez S. 5 in demselben Briefe: „*Dans les pages, qui vont suivre, je parlerai seulement du croup. Je sais et je suis le premier à reconnaître que la diphthérie est une seule et même affection, quelque soit le siège qu'elle occupe; que, par conséquent, le croup et l'angine couenneuse ne doivent pas être séparés. Mais comme il s'agit ici des résultats comparés de la Trachéotomie et du traitement médical, le croup seul doit être mis en cause.*“ — Weiterhin fährt er so fort: „*Aujourd'hui on distingue avec raison le croup auquel on a donné le nom d'infectant, d'intoxicant ou de généralisé, et celui, auquel on a reservé la dénomination de localisé, de couenneux commun. Dans mon esprit, ces deux espéces de croups ne sont que l'expression d'une seul et*

*) *Des Résultats comparés du Traitement du Croup par la Trachéotomie et par les moyens médicaux.*

même affection, la diphthérie, qui, toujours générale dans son principe, se manifeste soit par des productions pseudomembraneuses, soit par une altération particulière du sang. Cette identité d'origine fait que la distinction n'est pas toujours facile à etablir au lit du malade, et que les symptômes, qui nous servent à distinguer, dans au cas donné, le croup infectieux et le croup simple, sont loin d'être toujours bien déterminés."

„*Cependant les résultats du traitement sont si differents, suivant que la diphthérie est localisée ou generalisée, que je m'efforcerai d'etablir cette distinction. Voici les caractères, qui m'est servi pour classer mes observations sous ce point de vue.*"

Barthez führt hierauf alle die Symptome, welche die Diphtheritis auszeichnen und sie vom einfachen Krup unterscheiden, sehr vollständig an.

Aus dem Angeführten ersehen wir, dass Barthez es weiss und der Erste ist, welcher es erkennt, dass der Krup und die Diphtheritis nicht getrennt werden dürfen, dass sie verschiedene Ausdrücke eines und desselben Prinzipes seien, dass er sich aber demungeachtet aus wichtigen Gründen gezwungen sieht, sie zu unterscheiden und die verschiedenen Charaktere angibt, welche der einen und anderen Form angehören. Ich gestehe offen, dass ich es schwer begreife, weshalb zwei Krankheiten, welche praktisch unterschieden werden müssen und wissenschaftlich unterschieden werden können, zu Einer zusammengeworfen werden sollen, indem dadurch kein Vortheil, wohl aber Ungelegenheiten, entstehen.

Auch in Deutschland und England hat die Bretonneau'sche Ansicht verschiedene Anhänger gefunden, welche mit mehr oder weniger Erfolg die Richtigkeit derselben zu beweisen suchten.

Die entgegengesetzten Ansichten von Luzsinsky und Hauner sind oben von mir angeführt. Letzterer theilt zur Unterstützung seiner Meinung einen Fall von Krup mit, welcher in Zeit von 12 Stunden ein vorher gesundes Kind ergriff und tödtete, in dem also wohl nicht gut irgend welche allgemeine krankhafte Diathese vorhanden gewesen sein konnte und in dem, ausser dem Verlaufe selbst, auch noch die Ent-

stehungsweise, die Symptome und die pathologisch-anatomischen Veränderungen die rein lokale Natur der Krankheit darthaten.

Auch in England, in welchem man von Home's Zeit her den Krup für eine rein lokale Affektion in der Luftröhre hielt, hat sich in der letzten Zeit eine Neigung bemerklich gemacht, denselben für identisch mit Diphtheritis zu halten. Es kann wohl nicht angenommen werden, dass West seine Ueberzeugung bestimmt ausgesprochen habe, denn er scheint mir noch etwas unsicher zu sein, wenn er ebenso, wie Copland sagt, „dass die Diphtheritis bloss eine Varietät des Krups sei, von dem dieselbe jedoch durch den epidemischen Charakter und durch einen von zufälligen atmosphärischen Einflüssen und anderen hygienischen Verhältnissen bedingten ungleichen Verlauf unterschieden werde.“ Das Unschlüssige und Unbestimmte in diesem Ausspruche liegt offen zu Tage.

Hillier hat sich, wie ich oben anführte, ganz bestimmt für die Identität erklärt und die Ansicht ausgesprochen, dass die Diphtheritis schon länger als hundert Jahre in England bekannt gewesen sei und dass die Krankheit, welche seitdem als Krup bekannt und beschrieben worden, nichts weiter gewesen sei, als eine sporadische Diphtheritis, so wie, dass Diphtheritis nichts Anderes sei, als epidemischer Krup.

Dagegen unterscheidet Jenner ebenso bestimmt den Krup von der Diphtheritis und hat Rankin, Arzt am Hospitale in Norwich, in einem klinischen Vortrage dargethan und bewiesen, dass die Diphtheritis eine neue, vorher noch nicht beschriebene, epidemische Krankheit in England sei, die von dem früherhin wohlbekannten sporadischen Krup unterschieden werden müsse.

Werfen wir nun einen Rückblick auf diese historischen Data, so geht aus denselben, so unvollständig sie auch sein mögen, hervor, 1) dass der reine, einfache Krup bis zu der Zeit, als Bretonneau seine genannte Schrift herausgab, für das gehalten wurde, was er ist und sein muss, für eine von allgemeiner Blutvergiftung unabhängige exsudative Entzündung der Schleimhaut der Luftröhre, welche von allen anderen Krankheiten unterschieden werden

muss und kann; 2) dass aber nach dieser Zeit sich eine ganz andere Ansicht geltend gemacht hat, und zwar vorzüglich in Frankreich und hauptsächlich in Paris, woselbst die Diphtheritis, nachdem sie einmal einheimisch geworden war, niemals zu herrschen aufhörte, während dagegen der einfache Krup daselbst weniger allgemein ist. Wir sehen jedoch ebenfalls, dass in anderen Ländern die ursprüngliche Ansicht über den Krup sich geltend machte und fortwährend geltend macht, und zwar, wie es mir scheint, aus ganz guten und giltigen Gründen.

Wenn wir nämlich die in Rede stehenden Krankheiten vergleichen, so finden wir, dass sie sich von einander unterscheiden:

1). In ätiologischer Hinsicht. Der Krup kommt fast ausschliesslich nur im Kindesalter und am gewöhnlichsten nach der ersten Dentitionsperiode bis zum zehnten Jahre vor. Unter Säuglingen ist er so selten, dass sogar einige Schriftsteller, obschon mit Unrecht, die Möglichkeit des Vorkommens des Krups in diesem Alter geläugnet haben. — Die Diphtheritis kommt in allen Lebensaltern, wenn auch am häufigsten im Kindesalter, vor. Ich habe dieselbe in den letzten 3 bis 4 Jahren im allgemeinen Kinderhause eben so oft in der Abtheilung für Säuglinge, als in der Abtheilung für ältere Kinder beobachtet.

Der Krup kommt im Allgemeinen sporadisch vor. Es ist zweifelhaft, ob der reine Krup jemals epidemisch beobachtet worden ist. Die wenigen Epidemieen, welche man erwähnt findet, sind theils unvollständig beschrieben, theils von so geringem Umfange sowohl in Hinsicht der Zahl der Kranken als der räumlichen Ausbreitung gewesen, dass sie schwerlich als wirkliche Epidemieen betrachtet werden können. Dass der Krup mitunter an gewissen Oertern häufiger als gewöhnlich vorkommt, beweist keineswegs seine epidemische Natur, sondern nur, dass gewisse lokale und atmosphärische Verhältnisse vorhanden sind, die mehr als andere das Entstehen des Krups begünstigen und eine Disposition für denselben hervorrufen. Solche Beispiele sind nicht selten. — Die Diphtheritis kommt hingegen am gewöhnlichsten in gros-

sen weit verbreiteten Epidemieen vor, und selten oder niemals dürfte ein isolirter Fall davon beobachtet worden sein.

Der Krup ist nicht kontagiös, wenigstens ist seine Kontagiosität nicht bewiesen und wird schwerlich bewiesen werden können, wie Hwasser sagt: „Die Kontagiosität des Krups ist aus theoretischen Gründen unwahrscheinlich und ist sie und scheinbar faktisch nur von wenigen höchst sporadischen Fällen dargethan.“ „Die Argumente, welche zur Stütze der Hypothese von verschiedenen neueren Beobachtern in Frankreich, von Bretonneau, Guersent, Bourgoise und Anderen angeführt worden sind, gelten nicht dem Krup, sondern der mit Entzündung in der Luftröhre komplizirten Angina contagiosa, welche dieselben, wie weiter unten angeführt werden soll, irrthümlich für identisch mit dem Krup halten.“

Die Diphtheritis dagegen ist entschieden kontagiös. Die Beweise dafür sind so mannichfaltig und die Ueberzeugung davon ist nun so allgemein, dass es wohl nicht nöthig ist, weitere Gründe für dieselbe anzuführen. Diejenigen, welche in dieser Hinsicht noch irgend welchen Zweifel hegen könnten, will ich indessen auf den Bericht des Distriktsarztes Dr. Högh im Vestra-Söndmore in Norwegen, der im 18. Bande des Norsk Magazin erschienen ist, verweisen. Dieser Arzt beobachtete vom 31. März 1862 bis 4. Mai 1863 eine Diphtheritis epidemica, in welcher er nicht weniger als 320 Kranke behandelte. Gleich im Anfange seines Berichtes bemerkt er: „dass Beobachtungen von der Art, wie die in Rede stehenden, welche während einer Epidemie gemacht wurden, die in Gegenden herrschte, in welchen der Verkehr so sehr gering und die Verhältnisse im Ganzen so einfach sind, dass man in den meisten Fällen die Ansteckung von Haus zu Haus, von Person zu Person verfolgen konnte, eine ganz andere Beweiskraft haben als die, welche unter anderen Verhältnissen, in grossen, dichter bevölkerten Ortschaften gemacht werden, in welchen die Berührung unter den Menschen unaufhörlich und im grossen Maassstabe stattfindet, so dass der Gang der Ansteckung selten oder niemals verfolgt und nachgespürt werden kann.“ Die Gegend des Distriktes, in wel-

cher die Epidemie herrschte, wurde von mehr als 30 grösseren und kleineren, dünn bevölkerten Inseln gebildet, auf welchen der Dr. Högh in 75 Prozent der mitgetheilten Fälle mit mathematischer Gewissheit die Zeit, wann und in welcher Weise die Ansteckung von Insel zu Insel, von Haus zu Haus erfolgt war, bestimmen konnte. Nach den genauesten und unwiderleglichsten Beobachtungen kommt er zu dem Resultate, dass die Diphtheritis absolut kontagiös sei. „Ich bin", sagt er, „vollkommen überzeugt, dass diese Epidemie wesentlich, ja, ich wage zu sagen, ausschliesslich, sich durch Ueberführung eines Kontagiums fortpflanzte, und bin ich dadurch versucht, zu behaupten, dass andere Epidemieen von Diphtheritis, ja vielleicht jeder Fall derselben, auf demselben Wege entsteht und fortgepflanzt wird."

Ich stimme der Ansicht des Dr. Högh über die absolute Kontagiosität der Diphtheritis um so mehr durchaus bei, weil ich verschiedene Male Gelegenheit gehabt habe, im allgemeinen Kinderhause zu beobachten, dass die Diphtheritis durch Ansteckung theils von einem zum anderen Kinde, theils vom Kinde auf die Amme übertragen wurde.

Der Krup kommt ganz allgemein in den nördlichen Ländern und besonders in den Orten derselben vor, welche dem Einflusse von scharfen Winden, kalten Nebeln und anderen unvortheilhaften klimatischen Verhältnissen ausgesetzt sind.

Die Diphtheritis (die reine, epidemische) dagegen ist lange in den südlichen Ländern bekannt gewesen, bevor sie, erst vor einigen wenigen Jahren, in den nördlichen auftrat, und scheint sie, im Gegensatze zum Krup, weniger von klimatischen Verhältnissen befördert zu werden, als von gesundheitswidrigen Einflüssen, Armuth und Elend so wie vor Allem durch den epidemischen Einfluss. Dieselbe ist weder frequenter, noch intensiver in den nördlichen, als in den südlichen Ländern.

Der Krup kommt unter allen Volksklassen, im Palaste und in der Hütte, vor. Die Diphtheritis sucht am meisten die arme Volksklasse heim und gedeiht am besten in den ungesunden, dunklen, öfters übervölkerten Wohnungen.

2) In symptomatischer und pathologisch-ana-

tomischer Hinsicht werden nicht weniger wichtige und bestimmende Verschiedenheiten zwischen Krup und Diphtheritis gefunden. — Der Krup hat im Allgemeinen einen äusserst raschen Verlauf, tritt öfters sehr heftig, ohne merkbare Vorboten, mit Symptomen der völlig ausgebildeten Krankheit auf: Die Diphtheritis dagegen kann in sehr schweren Epidemieen und unter ungünstigen Verhältnissen einen sehr raschen Verlauf haben, verläuft aber häufiger langsam. Ich habe gesehen, dass die Symptome fast unverändert mehrere Wochen lang fortdauerten, und nicht selten stirbt der Kranke, nachdem Fleisch und Kräfte langsam abgenommen haben, in einem völlig abgemagerten Zustande. Dieselbe tritt auch nicht so unvermuthet und heftig auf als wie der Krup, sondern es geht derselben öfters allgemeines Unwohlsein, Niedergeschlagenheit und Mattigkeit oder ein Schüttelfrost mit darauf folgendem Fieber vorher.

Die ersten und bestimmenden Symptome für den Krup sind: der sogenannte Krupalhusten, die Heiserkeit, die Lautveränderung bei der Inspiration und die gewaltsamen Erstickungsanfälle. Alle diese treten fast gleichzeitig, und ohne dass eine Exsudatbildung anderswo als in der Luftröhre stattzufinden braucht, auf.

Die Diphtheritis gibt sich mit ungleichen Symptomen, je nach dem Sitze und der Ausbreitung des Exsudates, aber niemals im Anfange der Krankheit mit den eben erwähnten, den Krup bezeichnenden Symptomen zu erkennen. Bald ist er nämlich ein blutig gemischter, zäher, übelriechender Ausfluss aus der Nase, bald ein solcher aus dem Munde, bald Schmerz im Halse besonders beim Schlingen, so wie zugleich das allgemeine Unwohlsein, durch welche sie sich zuerst auszeichnet und die Untersuchung des Halses veranlasst, durch welche dann Röthung im Rachen, Auftreibung der Tonsillen, so wie Exsudatbildung von verschiedenartiger Ausbreitung in den verschiedenen Fällen die Diagnose bestimmen. Nur in dem Falle, in welchem das Exsudat nach Verlauf längerer oder kürzerer Zeit sich auf die Luftröhre ausbreitet, kommen Symptome, die denen des Krups gleichen, hinzu. — Aber selbst, wenn sich eine solche diphtheritische Exsudation in

der Luftröhre ausgebildet hat und dem Krup gleichende Symptome hinzugetreten sind, so finden sich doch ausser den Ungleichheiten im Verlaufe im Ganzen, verschiedene für jede von diesen Krankheiten eigenthümliche und, wie es mir scheint, bestimmende Charaktere. — Im Krup ist die Pseudomembran auf den Larynx und die Trachea beschränkt oder zeigt sich manchmal nebenbei im geringen Umfange an den Tonsillen.

In der Diphtheritis wird oft der ganze Pharynx, die Uvula, die Tonsillen und nicht selten auch die Schleimhaut der Nase von einem zusammenhängenden Exsudatpelze bedeckt. Ausserdem kommen zerstreute Flecke am Zahnfleische, an der inneren Seite der Lippen und Wangen, oft auch selbst auf manchen anderen Schleimhäuten, so wie in Wunden und auf Hautstellen, die von der Epidermis entblösst sind, vor. Im Krup hat das Exsudat, wenn es sich an den Tonsillen findet, eine weisse oder weissgelbe Farbe und zeigt sich die anliegende Schleimhaut gesund oder vielleicht etwas mehr hochroth als gewöhnlich gefärbt. In der Diphtheritis ist das Exsudat grau und hat ein brandiges Aussehen. Die umliegende Schleimhaut ist dunkelroth, violett; bei'm Berühren der mit dem Exsudate bekleideten Stellen ensteht leicht Blutung, und zwar ist das Blut schwärzlich und mit stinkendem Detritus gemischt. In der Diphtheritis sind ausserdem die Halsdrüsen und Tonsillen im grösseren oder geringeren Grade angeschwollen; öfters ist der Urin stark eiweisshaltig, der Kranke hat eine eigenthümliche schmutzig-graue oder gelbgraue Hautfarbe; der Puls ist klein und äusserst schwach; die Kraftlosigkeit und Abmagerung werden höchst bedeutend und endlich gesellt sich oft genug noch die wohlbekannte, sekundäre diphtherische Paralyse hinzu, welche besser als alles Andere die Diphtheritis als eine wirkliche Blutkrankheit charakterisirt. Die zuletzt erwähnten Veränderungen gehören dagegen dem reinen Krup nicht an.

Es muss anerkannt werden, dass, wenn wir die Pseudomembranen an und für sich betrachten, sich keine solchen Eigenthümlichkeiten finden, vermöge deren man mit Sicher-

heit die krupöse von der diphtheristischen Pseudomembran unterscheiden könnte. Es ist nicht genug, sich auf die Verschiedenheit in der Farbe und Konsistenz zu berufen, obgleich dieselbe in den allermeisten Fällen auffallend ist; ebensowenig ist es hinreichend, dass man den auf der Innenseite der diphtheritischen Pseudomembran befindlichen Detritus der unterliegenden Gewebe als bezeichnend für dieselbe hält, denn die Möglichkeit einer ähnlichen Erscheinung können wir uns in einem langsam verlaufenden Krup denken. Ich kann auch nicht die Angabe von Laycock über die Gegenwart von Parasit- oder Schimmelbildung auf der diphtheritischen Pseudomembran für richtig anerkennen und gebe daher zu, dass es bisweilen nicht gut möglich ist, aus dem Krankheitsprodukte allein zwischen Krup und Diphtheritis zu unterscheiden. Wenn wir aber im Uebrigen die gleichzeitigen Veränderungen in den unterliegenden und umgebenden Geweben betrachten, so dürften auch Verschiedenheiten in pathologisch-anatomischer Hinsicht entdeckt und bestimmt werden können. Ich habe schon vorhin die Verschiedenheit in Hinsicht der Ausbreitung des Exsudates so wie die Beschaffenheit der das Exsudat zunächst umgebenden Schleimhaut erwähnt. Wichtiger aber und in anatomischer Hinsicht mehr bezeichnend sind die Veränderungen in der unter dem Exsudate belegenen Schleimhaut. Im einfachen Krup wird das Exsudat auf die Schleimhaut abgesetzt, dringt nicht in das Gewebe derselben, sondern nur in und zwischen die Epithelien. Wird die Pseudomembran abgestossen, so werden die zerstörten Epithelien schnell regenerirt und irgend ein Substanzverlust in der eigentlichen Schleimhaut findet dabei nicht Statt. Wenn nach dem Tode die Pseudomembran behutsam aufgehoben wird, so scheint die unterliegende Schleimhaut keine anderen Veränderungen als das Ablösen von Epithelium so wie einige Modifikation des Blutgehaltes erlitten zu haben.

In der Diphtheritis hingegen wird das Exsudat nicht allein aussen auf die Schleimhaut abgesetzt, sondern dringt durch die Epithelien in das eigene Gewebe derselben, infiltrirt dasselbe und komprimirt seine Gefässe, wodurch die Schleimhaut nekrotisirt und in einen Schorf verwandelt wird.

Dieser fällt später ab, hinterlässt einen wirklichen Substanzverlust und endlich Narbenbildung.*) Wird bei Lebzeiten eine diphtheritische Pseudomembran weggenomen, so zeigt die entblösste Stelle bald eine aufgelockerte leicht blutende Schleimhaut von violetter Farbe, bald eine wirkliche Ulzeration, mit schmutzigem Grunde, je nach der Beschaffenheit und dem Alter der Krankheit. Nach dem Tode finden sich die Theile, woselbst das Exsudat seinen Sitz hatte, in grösseren oder geringerer Ausdehnung in eine grützähnliche in's Graue fallende Masse verwandelt. — In den Fällen von Diphtheritis, in welchen ein rascher Verlauf stattfindet und sich das Exsudat sofort auf die Luftwege verbreitet, welches öfters bei sehr jungen Kindern vorkommen dürfte, ist der Unterschied zwischen ihr und dem Krup in anatomischer Hinsicht weniger gut ausgeprägt, allein hier wird die Diagnose durch die Aetiologie, den Verlauf und die Symptome erleichtert. Im Krup scheint es uns, dass die Exsudatbildung unmittelbar auf einer reinen Entzündung der Schleimhaut der Luftröhre beruht, wogegen sie in der Diphtheritis als eine Folge einer durch eine spezifische Intoxikation zu Stande gekommene Zersetzung des Blutes betrachtet werden kann und dürfte man annehmen können, dass sie, ohne dass vorher eine wirkliche Entzündung stattgefunden habe, entstanden sei.

3) In therapeutischer Hinsicht. Alle, selbst die Anhänger der Identität, erkennen die verschiedenen Resultate der Behandlung in der auf Blutvergiftung beruhenden Diphtheritis, und in dem einfachen, nicht auf solcher beruhenden Krup an. Die Erfahrung hat auch dargethan, dass, wie man schon aus theoretischen Gründen a priori annehmen musste, gewisse Mittel, welche in dem einem Falle nützen oder nützen können, in dem anderen Falle einen schädlichen Einfluss ausüben oder ausüben müssen.

Die Geschichte der Therapie, welche in dieser Hinsicht von grossem Interesse ist, kann füglich, gleich wie die Geschichte der Krankheit selbst, in zwei Perioden getheilt werden, nämlich die Zeit vor und die Zeit nach 1826. Die ausge-

*) S. Niemeyer, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie Bd. I p. 14.

zeichneten Monographen während der ersten Periode rühmen fast einstimmig die antiphlogistischen Mittel, besonders Vesikatorien, Brechmittel, unter diesen besonders den Brechweinstein, ferner die Merkurialien, als die vorzüglichsten.

Kaum hatte Bretonneau die wirkliche epidemische Diphtheritis bekannt gemacht und ihre Identität mit dem Krup proklamirt, als er auch selbst schon, ehe er theoretische Gründe und sichere Erfahrung dazu hatte, die bis dahin angewendete Behandlung für verwerflich, nicht allein für unnütz, sondern sogar für schädlich erklärte. Mit noch schärferem Tadel gegen dieselbe trat späterhin Trousseau in seinen „*Leçons cliniques*" auf und nur ein französischer Schriftsteller, Barrier, wagte es, die bis dahin angewendete Behandlung zu vertheidigen und die Anwendung derselben in sporadischen Fällen anzurathen. „Man darf", sagt er, „den endemischen und epidemischen Krup nicht mit dem sporadischen vergleichen: eine Behandlung, die in Touraine oder Paris, woselbst der Krup endemisch ist, nicht glückt, kann ganz wohl in Lyon und anderen Orten, in welchen der Krup niemals gewesen und auch nicht epidemisch ist, sondern nur einzeln in sporadischen Fällen vorkommt, ganz passend sein und ein gutes Resultat liefern." Die Stimme von Barrier, welche, wie mir scheint, guten Grund hatte, war jedoch ein Ruf in die Wüste. Die Koryphäen in Paris beherrschten die Meinung in Frankreich und bald genug machte sich diese Meinung auch im Auslande in demselben Grade geltend, wie die Ansicht von Bretonneau zahlreichere Anhänger gewann.

Suchen wir nun zu erforschen, worauf ein so grosser und wesentlicher, rasch entstandener Unterschied der Meinung in Bezug auf die Behandlung beruhen konnte, so scheint es uns klar, dass man die Ursache davon ausschliesslich in der verschiedenen Auffassung der Krankheit selbst suchen muss. Wenn nämlich der Krup von Home, Cheyne, Jurine, Albers, Vieusseux und von allen anderen gleichzeitigen Schriftstellern dieselbe Krankheit gewesen ist, wie Bretonneau's Diphtheritis, wie sollten dann wohl in dem ersteren sich gerade dieselben Mittel absolut nützlich erwiesen haben, wel-

che in der letzten einen entschieden schädlichen Einfluss ausübten? Dieses ist undenkbar! Es müssten zwei verschiedene Krankheiten beschrieben worden sein. Wie sollte der Krup noch heutzutage oft auch mit Erfolg mit den oben angegebenen Mitteln behandelt werden können, während wohl kein verständiger Arzt rathen wird, sie in der Diphtheritis anzuwenden? Dass Solches aber doch geschieht, bezeugt die Erfahrung von manchen Seiten, selbst wenn wir zugeben müssen, dass Blutentziehungen und der innerliche Gebrauch von Merkurialmitteln gegenwärtig und, wie uns scheint, mit Recht, sparsamer angewendet werden. Wir bleiben die Antwort schuldig, ob wir nicht den Krup und die Diphtheritis als zwei ihrem Wesen nach ganz verschiedene Krankheiten betrachten dürfen.

Im Krup können die oben erwähnten Mittel, besonders in Verbindung mit warmen, feuchten Dämpfen, fast immer Linderung in den Symptomen und nicht selten völlige Heilung zu Stande bringen.

In der Diphtheritis verschlimmern sie hingegen den Zustand und in ihr erreicht man nur Besserung durch eine allgemeine anti-dyskrasische und stärkende Behandlung, durch ein passendes Regime und eine passende Diät in weitester Bedeutung der Worte, und durch eine zweckmässige örtliche Behandlung.

Als besondere Arten des Krups haben Einige unter dem gemeinschaftlichen Namen von sekundärem Krup den morbillösen, skarlatinösen, variolösen und typhösen Krup aufgenommen. Niemeyer hält dieselben für Uebergangsformen von der einfachen krupösen zu der diphtheritischen Entzündung der Schleimhaut.

Ich bin ebenfalls geneigt, dieselben von dem reinen Krup zu unterscheiden und möchte dieselben, soferne sie sich durch eine auf mehrere Schleimhäute ausgebreitete Exsudatbildung auszeichnen, und soferne sie auf einer spezifischen Blutintoxikation beruhen, lieber für verschiedene Arten der Diphtheritis halten.

Die Dauer des Krups ist gewöhnlich ganz kurz: von 12 bis 24 Stunden bis zu einigen Tagen, kann aber auch chronisch werden. Ich habe einen Fall beobachtet, in welchem im Verlaufe von beinahe einem halben Jahre, nach kurzen Zwischenzeiten, und ohne dass die Dyspnoe und die anderen Symptome des Krups jemals völlig aufhörten, Pseudomembranen in kurzen Intervallen aufgehustet wurden.

Die Prognose muss meiner Erfahrung nach als höchst bedenklich angesehen werden. Bleibt die Krankheit sich selbst überlassen, so dürfte sie in den allermeisten Fällen tödtlich ablaufen. Eine zeitig eingeleitete zweckmässige Behandlung dürfte dagegen nicht selten viel Gutes ausrichten können. Die Prognose ist in demselben Maase als das Kind älter ist, günstiger, am schlimmsten ist sie, wenn die Krankheit Kinder im ersten Lebensjahre ergreift. Das Aufhusten von Pseudomembranen lindert zwar die Symptome, darf aber nicht für ein besonders, wichtiges und für die Prognose bestimmendes Ereigniss angesehen werden, denn dieselben werden in den meisten Fällen bald wieder gebildet. Keine Erscheinungen haben in prognostischer Hinsicht eine so schlimme Bedeutung als die, welche eine beginnende und fortdauernde Blutvergiftung andeuten. Solche sind: eine livide Hautfarbe, bleiche Lippen, Schläfrigkeit, gesunkene Temperatur, physische und psychische Depression, so wie schliesslich mehr oder minder vollständige Anästhesie.

In wenigen Krankheiten ist die Prognose so ungleich beurtheilt worden, denn während Einige annehmen, dass in fast jedem Falle des ausgebildeten Krups keine Hülfe zu erlangen ist, halten Andere die Prognose für ziemlich günstig. Von 90 Krupkranken hat Luszinsky 15 verloren und von derselben Anzahl vom Hönerkopf behandelten Kranken gingen nur 13 oder etwa 14 Prozent verloren, Resultate, welche in Wahrheit glänzende genannt werden können, weil es Anderen nicht geglückt ist, 14 Prozent von den Kranken zu retten. Man dürfte wohl mit vollem Grunde die Frage aufstellen können, ob nicht, wo die Sterblichkeit so gering als 14 Prozent gewesen ist, ein Irrthum in diagnostischer Hinsicht stattgefunden

habe? Denn es ist sonst schwer zu erklären, wie so ungleiche Resultate mit einer in der Hauptsache gleichen Behandlung an verschiedenen Orten stattfinden können.

Die Ursachen des Krups können nicht in den einzelnen Krankheitsfällen bestimmt werden, sondern sind vielmehr ganz schwer zu finden, indem die Krankheit unter ganz ungleichen Verhältnissen auftritt. Im Allgemeinen hat die Erfahrung jedoch gezeigt, dass das Kinderalter immer, so wie bisweilen gewisse klimatische Verhältnisse das Wesentlichste auszumachen scheinen. Verschiedene andere Umstände finden sich auch noch, welche in mehr oder minderem Grade sein Entstehen begünstigen können.

Was das Alter anbelangt, so ist überall beobachtet worden, dass der Krup am häufigsten bei Kinder von 1 und 2 bis zu 6 und 8 Jahren oder zwischen der ersten und zweiten Dentitionsperiode vorkömmt. Vor dieser Zeit oder im Säuglingsalter ist er selten und noch seltener nach der Pubertät. — Eben so einstimmig lauten die Angaben, dass Knaben häufiger von demselben ergriffen werden, als Mädchen.

Höchst verschieden sind dagegen die Ansichten über den Einfluss der erblichen Anlage des Temperamentes, der Konstitution, der Ansteckung, so wie in einem gewissen Grade über den Einfluss der Stellung in der bürgerlichen Gesellschaft und der ökonomischen Verhältnisse. Wenn z. B. Rilliet, Niemeyer und Andere behaupten, dass der Krup meistens bei schwächlichen skrophulösen Kindern, von lymphatischem Temperamente und bei Kindern, die von kränklichen, besonders von tuberkulösen Eltern, abstammen, vorkomme, so wie, dass die Krankheit sehr selten ein kräftiges, unter glücklichen äusseren Verhältnissen lebendes und von gesunden Eltern abstammendes Kind ergreife, so finden wir dagegen, dass die beiden Aerzte, welche in Schweden die grösste Anzahl von Krupkranken beobachteten und in dieser Hinsicht die grösste Erfahrung haben, nämlich Segerstedt und Ekegréen, Folgendes angeben: Schwache und zarte Kinder scheinen nicht mehr Geneigtheit zu dieser Krankheit zu besitzen, als starke und wohlgenährte, obgleich die schwächeren derselben

leichter erliegen; skrophulöse Kinder scheinen auch nicht öfter von derselben ergriffen zu werden, als solche, welche nicht an Skropheln leiden." „Schlechte Nahrung und unzureichende Bekleidung vermehren nicht die Geneigtheit zur Krankheit, ebenso auch nicht der Aufenthalt der Kinder in freier Luft; im Gegentheile werden die besser gestelten Kinder in der Klasse der vornehmeren Stände häufiger von demselben befallen als die Kinder der niederen Stände und der Armen." „Jene sind doch wohl genährt und gut gekleidet und werden in der kalten Jahreszeit meistentheils im Hause gehalten, während das Gegentheil davon sich bei diesen findet." Der Einfluss der erblichen Anlage wird von ihnen entschieden in Abrede gestellt.

Was mich anbelangt, so habe ich den Krup eben so oft bei frisch aussehenden, gut genährten und in aller Hinsicht glücklich gestellten Kindern, als bei schwächlichen, in Armuth und Elend anferzogenen Kindern beobachtet, weshalb ich denn auch mit Segerstedt und Ekegréen übereinstimme.

Ansteckung wird von Allen, welche den Krup und die Diphtheritis für identisch halten, angenommen, und zwar nicht allein für möglich, sondern für eine wesentliche und allgemeine Veranlassung zur Ausbreitung der Krankheit gehalten; von Einigen wird sie sogar als die einzige Ursache davon angesehen. — Diejenigen hingegen, welche den wirklichen Krup von der Diphtheritis unterscheiden, leugnen die Ansteckungsfähigkeit desselben ebenfalls. In dem höchst seltenen Falle, in welchem zwei oder mehrere Kinder in derselben Familie gleichzeitig oder kurz hintereinander am Krup erkranken (und dieses Verhalten ist das einzige, welches als Stütze für die Kontagiosität angeführt wird), dürfte man wohl eher als wahrscheinlich annehmen können, dass die Veranlassung zu dem gleichzeitigen Erkranken zunächst im Einflusse der völlig gleichartigen, äusseren, die Krankheit hervorrufenden Verhältnissen, unter welchen die Kinder lebten, gelegen habe. Die ganze Natur und der Verlauf der Krankheit sprechen gegen ihre Kontagiosität. Segerstedt und Ekegréen glauben, dass der Krup unter gewissen Verhältnissen ansteckend sein könne, allein da dieselben die Krankheit in

einem Orte beobachteten, woselbst sie endemisch ist und so oft daselbst vorkommt, dass etwa 75 von 100 Kindern, bevor sie ein Alter von 12 Jahren erreicht haben, heftigere oder gelindere Anfälle von Krup (Strypsjuka) hatten, so dürfte es für dieselben schwer fallen, in den Fällen, in welchen mehrere Kinder gleichzeitig in einem Hause ergriffen werden, zu entscheiden, ob der endemische Einfluss oder die Ansteckung die nächste Ursache davon gewesen sei. Die Thatsache, welche von Segerstedt angeführt wird, dass ein Arzt, der erst kürzlich an den Ort gekommen war und die Ansteckung geleugnet habe, um diese seine Ansicht zu beweisen, seinen eigenen dreijährigen gesunden Sohn in dasselbe Bett mit einem Kranken gelegt habe, dass der Knabe dann am folgenden Tage ergriffen wurde und gestorben sei, wird wohl von Niemand als entscheidend angenommen werden. Dass der kürzlich in den Ort gekommene und noch nicht akklimatisirte Knabe sehr leicht von einer daselbst herrschenden Krankheit ergriffen werden konnte, scheint dagegen ganz natürlich.

Das Klima scheint einen bestimmten Einfluss zu haben. Im Allgemeinen hat man die nördlichen Länder für die rechte Heimath des wirklichen Krups gehalten und hält sie auch noch dafür. Ich glaube auch, dass es sich so verhält und dass in diesen Ländern gewisse Jahreszeiten, Temperaturen und Winde, so wie die Lage, die Disposition für den Krup erzeugen. Als Stütze für diese Ansicht dürfte man sich auf das bei uns allgemein bekannte Verhalten berufen können, dass die Krankheit am häufigsten während der Zeit vom November bis Mai, während scharfe und kalte nördliche Winde wehen, an Orten vorkommt, welche gegen sie am wenigsten geschützt liegen.

Das endemische Auftreten des Krups in gewissen Provinzen von Schweden, besonders in einem Theile von Wermland und Dahlsland, ist ebenfalls ein längst bekanntes, völlig konstatirtes Factum. In den zuletzt genannten Gegenden tritt die Krankheit fast ausschliesslich während der Monate November bis Mai nur dann auf, wenn nördliche und östliche Winde einige Zeit hindurch gewehet haben, so wie besonders alsdann, wenn dieselben von Schneegestöber be-

gleitet werden, indem dann immer eine grosse Anzahl von Kindern an Krup erkranken*). Die Gegenden, welche gegen diese Winde geschützt sind, sind der Krankheit auch wenigrr unterworfen; je länger diese Winde anhalten und je öfter sich während des Wehens derselben Schneegestöber einfindet, um so zahlreicher werden die Krankheitsfälle. Diese ganze Gegend, der untere Thalstrich des Byelfs und der zunächst angrenzende Theil von Dahlsland ist ein niedriges Flachland, welches fast gar keine Holzungen hat, so dass die nördlichen und östlichen Winde daselbst einen freien Spielraum haben.

Irgend eine andere Ursache der Häufigkeit des Krups in dieser Gegend, als das angeführte Verhalten, findet sich nicht, denn die Lebensweise des Volkes, seine Gewohnheiten und Wohnungen sind ganz dieselben wie im ganzen übrigen Küstenstriche dieses Theiles des Wenersee**).

Einem plötzlichen Temperatur- und Luftwechsel darf man auch nicht jeden Einfluss absprechen.

Epidemieen des Krups sollen nach einigen Schriftstellern vorgekommen sein, sind aber, wie ich schon oben erwähnte, von diesen so kurz beschrieben und war die Zahl der Krankheitsfälle, welchen zufolge man dem Krup einen epidemischen Charakter hat beimessen wollen, ausserdem so gering, dass ich mit Grund die Richtigkeit dieser Ansicht bezweifeln muss. Ich selbst habe keine Epidemie des wirklichen Krups beobachtet.

Die Meisten glauben, dass andere vorangegangene oder noch vorhandene Krankheiten, wie Masern, Scharlach, Pocken und Typhus, eine Disposition für den Krup erzeugen. Ich habe schon oben die Ansicht ausgesprochen, dass die Fälle von exsudativer Pharyngo-Laryngitis, welche in diesen Krankheiten oft vorkommen, eher für Arten der Diphtheritis gehalten werden müssten, will aber durchaus nicht leugnen, dass eine auf die Luftröhre sich beschränkende

*) S. „über die endemischen Krankheiten Schwedens von Dr. Magnus Huss. Aus dem Schwedischen übersetzt von Dr. Gerhard von dem Busch. Bremen, 1854, S. 45 u. s. w.

**) S. Huss a. a. O. S. 49.

exsudative Entzündung als Komplikation der Masern nicht selten vorkommt, indem ich wiederholt Gelegenheit gehabt habe, dieselbe in den verschiedenen Masernepidemieen, welche in den letzten 15 Jahren hintereinander im allgemeinen Kinderhause herrschten, zu beobachten.

(Schluss folgt.)

Klinische Studien über die Syphilis infantilis. Ein Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Hospitalärzte in Paris von Dr. H. Roger, Arzt am Kinderhospitale daselbst*).

Im vorigen Jahre habe ich der Gesellschaft der Hospitalärzte einige Fälle von Syphilis infantilis mitgetheilt, welche mir in Hinsicht auf Aetiologie und die Art der Entwickelung der Krankheit einiges Interesse darzubieten schienen. Der Gegenstand ist bedeutend, schwierig, dunkel und trotz der besonderen Arbeiten von Bertin, Depaul, Diday, Vidal, Rollet, ferner trotz der Belehrungen ausgezeichneter Syphilidologen, wie Ricord und Cullerier, bleiben viele Fragen noch der weiteren Forschung anheimgestellt, und habe ich deshalb geglaubt, Ihrer Aufmerksamkeit einige neue Beobachtungen empfehlen zu müssen, welche ich theils in der Stadtpraxis, theils in den Anstalten gesammelt habe, bei denen ich in Thätigkeit gewesen bin (Direktion des Ammenwesens, Findelhaus, Kinderkrankenhaus). Ich bin weit entfernt davon, eine vollständige Abhandlung oder gar ein umfassendes Lehrbuch über die Syphilis der Kindheit liefern zu wollen; meine Arbeit soll nur, nach dem Ausdrucke der Engländer und der Deutschen, ein Beitrag zum Studium der Syphilis sein; sie soll nur Materialien liefern für den Gebrauch der Syphilidologen. Ich werde mich damit begnügen, die Beobachtungen, die ich gemacht habe, zu berichten, und

*) Aus *Union médicale* vom Januar 1865 Nr. 10—17.

durch Gruppirung derselben, nach der Analogie der Thatsachen, die sie bieten, werde ich mich bemühen, aus ihnen die praktischen Lehren zu ziehen, welche sie mir zu enthalten scheinen.

Ich trete demnach ohne Weiteres in die Materie ein und beginne mit den beobachteten Fällen, welche auf die Aetiologie der infantilen Syphilis, auf die Uebertragung dieser Krankheit durch Anerbung, durch das Säugen oder durch mehr oder minder direkte Ansteckung zu beziehen sind, also auf Punkte, welche für die Geschichte der Krankheit, theils in Betreff der Pathologie, theils in Betreff der Hygieine und der gerichtlichen Medizin, von vorherrschender Bedeutung sind.

I. Aetiologie.

Erster Fall. — Frau X. scheint von guter Gesundheit zu sein; ihr Mann hat eine auffallend kräftige Konstitution und betreibt das Schlächtergewerbe. Gegen den dritten oder vierten Monat ihrer ersten Schwangerschaft bekommt die Frau an den Geschlechtstheilen einige wunde Stellen, welche ihr Arzt für syphilitisch gehalten und dagegen drei Wochen lang ein spezifisches Heilverfahren eingeleitet hat; ein Eingeständniss Seitens des Mannes ist nicht erfolgt, aber die Frau bekommt wirklich einen verdächtigen Flechtenausschlag. Die erste Schwangerschaft endigt mit einer vorzeitigen Geburt zu $8^1/_2$ Monaten. Die zweite Schwangerschaft, vier Monate nachher, erreicht ihr volles Ende, aber es wird ein todtes Kind geboren. Die Mutter hatte noch während dieser Schwangerschaft Pusteln an den Beinen, aber nichts Krankhaftes im Rachen und keine Anschwellung der Halsdrüsen.

Es folgt eine dritte Schwangerschaft, welche ein lebendes Kind bringt, das aber einen Monat nach der Geburt mit Pusteln bedeckt ist, welche zuerst an den Fersen, dann auf dem ganzen Körper und besonders an den Hinterbacken sich bemerklich machen. Dieser Ausschlag wird entschieden für syphilitisch erkannt. Das Kind starb im Alter von 4 Monaten. Die Mutter säugte Anfangs dieses Kind, bekam aber dann einen Abszess an der Brust, der von selbst aufging,

aber sie hatte keine Ulceration der Brustwarze. Eine Amme, die angenommen wurde, blieb gesund.

Ein viertes Kind, welches die Frau gebar, war reif und sah stark und gesund aus, wurde aber nur 8 Monate alt. Vom zweiten bis dritten Monate nach der Geburt zeigte dieses Kind an den Hinterbacken, nach der mir gemachten Mittheilung, Knötchen oder Pusteln, über deren Natur der Arzt sich nicht ausgesprochen haben soll. Als ich das Kind sah, zweifelte ich nicht über die syphilitische Natur dieses Pustelausschlages, zumal da das Kind zugleich eine sehr starke Koryza hatte; es starb einige Wochen nachher an einem fieberhaften Durchfall, ohne dass ich es wieder gesehen hatte.

Nach einer fünften Schwangerschaft brachte Frau X. ein Mädchen zur Welt, welches jetzt noch lebt. Im Februar 1863, als das Kind ungefähr 1 Monat alt war, wurde es zu mir gebracht; es hatte eine syphilitische Roseola über den ganzen Körper, sonst aber nichts; ich fand weder Ulcerationen noch Schleimpusteln. Eine spezifische Behandlung wurde eingeleitet (van Swieten'schen Liquor innerlich; Sublimatbäder) und vier Monate fortgesetzt, mit der Modifikation, dass nach ungefähr zwei Monaten der genannte Liquor wegen anscheinender Anämie durch Jodeisensyrup ersetzt und dass die Sublimatbäder nur zweimal wöchentlich gegeben und dann mit Salzbädern vertauscht wurden. Die für das Kind angenommene Amme erschien zu der Zeit noch gesund und kräftig; die äusserliche Untersuchung derselben ergab durchaus nichts Verdächtiges. Am 17. Juli 1863 aber liess die Mutter mich rufen, und zwar sowohl ihres Kindes als der Amme wegen, und bei Letzterer fand ich nun die deutlichen Spuren der Syphilis. Etwa 3 Monate vorher bemerkte nämlich die Amme an ihrer linken Brustwarze ein entzündetes Knötchen, welches durch das Saugen des Kindes bald wund wurde. Weder die Mutter, die mit ihrem Geschäfte viel zu thun hatte, noch die Amme, achtete darauf besonders und etwa 4 bis 6 Wochen nachher klagte diese über Halsweh und Hautjucken und fand, dass ihr ganzer Körper mit einem Ausschlage bedeckt war. Noch heute ist dieser Ausschlag vorhanden; er ist konfluirend, von kupferrother Färbung und besteht vor-

zugsweise aus Papeln; sonst zeigt die Haut keine Veränderung. An der linken Brust finden sich an der Basis der Brustwarze zwei schwammige Erhebungen von etwas bläulicher Farbe und unregelmässig ovaler Form; sie haben keine indurirte Basis, aber ihr syphilitischer Charakter ist nicht zu verkennen. Der Hals der Amme ist im Innern geröthet und zeigt keine deutlichen Schleimpusteln, jedoch bemerkt man auf einer Mandel ein etwas längliches Geschwür. Im Munde nichts Krankhaftes; die Nackendrüsen stark geschwollen; auf der Kopfhaut kein Ausschlag. Ich untersuche das Kind sehr genau und finde weder an den Geschlechtstheilen desselben noch sonstwo irgend ein Geschwür.

Dieses Kind, zu der Zeit 6 Monate alt, ist stark und fett, hat weder Geschwüre noch Schleimpusteln am Munde und man bemerkt nach fortgesetzter Kur auf dem Körper desselben weiter nichts als sieben bis acht rundliche rothe Papeln, welche mir als der Rest des Ausschlages erscheinen; auch die Nackendrüsen erscheinen noch etwas geschwollen und in den Haaren finden sich einige Krusten, von denen eine verdächtig aussieht.

Ich verlange, dass die Amme das Kind nicht weiter säuge; dasselbe wird entwöhnt und ich verordne dem Kinde einige Sublimatbäder, und der Amme, welche bis zum Januar 1864 als Wärterin bei ihm verbleibt, die Sédillot'schen Pillen, wodurch sie vollkommen geheilt wurde. Das Kind selbst war, schon als es 10 Monate alt war, vollkommen gesund, hatte bereits zwei Zähne und blieb auch später noch (ich sah es im Juni 1864 zuletzt) vollkommen wohl.

Dieser erste Fall gibt zu einigen, wie ich glaube, für die Praxis wichtigen, Bemerkungen Anlass. Zuvörderst bestätigt er die allmählige Selbstabschwächung der syphilitischen Diathese in mehreren hintereinander folgenden Schwangerschaften; es ist dieses eine Erfahrung, auf die schon mehrere Beobachter aufmerksam gemacht und wovon auch Diday Beispiele gegeben hat. „Geht man," sagt dieser Autor in seiner vortrefflichen Abhandlung über die Syphilis der Neugeborenen (1854), „die Beobachtungen durch, in denen syphilitische Eltern eine ziemliche Zahl von

Kindern bekommen haben, so findet man, dass, wenn auch gar keine spezifische Behandlung vorgenommen wird, die Diathese in den früheren Kindern stärker hervortritt, als in den späteren, und dass sie also nach und nach milder wird oder sich abschwächt. Die erste Schwangerschaft z. B. endigt mit einem Abortus im fünften Monate; die zweite wird schon etwas reifer; die dritte geht vielleicht ganz zu Ende, bringt ein ausgetragenes, aber sehr schwächliches und nicht am Leben bleibendes Kind; die vierte gewährt ein reifes Kind, das kräftiger ist und besser bestehen kann. Ganz in demselben Verhältnisse treten an den Kindern auch die Symptome hervor; sie zeigen sich rascher, ernster in dem ersten Kinde und mindern sich in den folgenden, so dass sie zuletzt nicht nur verhältnissmässig leicht sind, sondern auch weit später nach der Geburt sich bemerklich machen.“ — Der uns mitgetheilte Fall liefert ein solches Beispiel. Eine Frau von kräftiger Konstitution, wie ihr Mann, wird wahrscheinlich im vierten Monate der Schwangerschaft von Letzterem, der keine anti-syphilitische Kur mit sich vorgenommen hatte, angesteckt; sie selbst hat auch nur 3 Wochen eine solche Kur oberflächlich durchgemacht und bringt ihre Schwangerschaft das erste Mal bis zu $8^1/_2$ Monat; bei der zweiten Schwangerschaft trägt sie aus, aber gebärt ein todtes Kind; in der dritten Schwangerschaft kommt sie auch zu Ende und bringt ein reifes Kind zur Welt, welches 4 Monate lebt und dann in Folge angeborener Syphilis stirbt, die erst in der dritten oder vierten Woche nach der Geburt zum Vorscheine gekommen ist; ein viertes Kind manifestirt die angeborene Syphilis erst zwei oder drei Monate nach der Geburt und bringt sein Leben bis zum achten Monate. Das fünfte Kind endlich ist syphilitisch, wie die früheren, aber in weit geringerem Grade und wird durch eine zeitig eingeleitete Merkurialkur vollständig geheilt, so dass es im Alter von 17 Monaten noch kräftig und wohl sich befindet.

Man gewahrt hier also eine allmählige Abnahme der mörderischen Wirkung des syphilitischen Giftes, wie in einem anderen von Bertin angeführten Falle (in dessen Werk über venerische Krankheiten), wo eine angesteckte, aber niemals

recht behandelte Frau ihre erste Schwangerschaft nur bis zum sechsten Monate, ihre zweite bis zum siebenten, ihre dritte bis zu $7^1/_2$ Monaten bringt, eine vierte Schwangerschaft zu Ende führt, aber ein Kind gebärt, welches nach 18 Stunden stirbt, nach der fünften Schwangerschaft bringt sie ein reifes Kind zur Welt, welches nach sechs Wochen, und mit der sechsten Schwangerschaft eines, welches nach 4 Monaten dem Tode verfällt, und es ist zu bemerken, dass während dieser ganzen Zeit, von der ersten bis letzten Schwangerschaft, keine ordentliche Merkurialkur mit der Frau vorgenommen worden ist.

Man weiss, dass die syphilitische Diathese durch sich allein bei demselben Individuum sich nicht verstärkt, und Colles, dessen Meinung von Diday, auch von Baumès, Egan u. A. angenommen worden ist, hat als Regel aufgestellt, dass die eigene Mutter eines syphilitischen Kindes durch das Säugen desselben, da sie selbst von der Syphilis inficirt ist, nicht angesteckt wird, wohl aber eine fremde Amme, der das Kind an die Brust gegeben wird; an den Brüsten der eigenen Mutter bilden sich keine syphilitischen Ulzerationen, selbst wenn ihr mit ererbter Syphilis behaftetes Kind spezifische Affektionen des Mundes hat. Hieraus geht hervor, dass ein Arzt, der wegen eines syphilitischen Kindes konsultirt wird und dessen Mutter er ebenfalls mit dieser Krankheit behaftet findet, der letzteren das Säugen dieses Kindes wohl gestatten kann, während beide einer Merkurialkur unterworfen werden. Gewährt die kranke Mutter ihrem Kinde keine gute und ausreichende Milch, so ist das allerdings ein anderer Grund, aber die Möglichkeit der gegenseitigen Ansteckung kann nicht als Grund gelten, mit dem Säugen aufzuhören. Frau X. hatte noch syphilitische Symptome, als sie ihrem dritten, deutlich syphilitischen Kinde die Brust gab; sie bekam auch wirklich keine Geschwüre an ihren Brustwarzen, und die Amme, die dann angenommen wurde, blieb auch verschont, wobei freilich zu bemerken ist, dass sie das Kind nur ganz kurze Zeit säugte; würde sie dieses Geschäft lange fortgesetzt haben, so würde sie ganz gewiss der Ansteckung nicht entgangen sein.

Die Uebertragung der Syphilis vom Säuglinge auf die Amme ist eine Thatsache, die heutigen Tages nicht mehr bestritten wird. Alle Autoren, selbst die vormals ungläubigsten, geben diese Uebertragung zu, und erkennen sogar an, dass sie durchaus nicht selten ist. Der Sitz der so übertragenen Syphilis ist fast immer die Brustwarze, so dass nach Rollet der Beginn der Krankheit an diesem Orte, in den Fällen, wo es sich um einen Streit handelt, ob die Syphilis der Amme, durch den ihr gegebenen Säugling, beigebracht worden, schon einen sehr ernstlichen Verdacht erregt, dass dem wirklich so gewesen ist. Was die Art der Affektion der Brustwarze betrifft, so würde freilich zu untersuchen sein, ob es ein primärer Schanker oder ob es, wie Diday behauptet, ein sogenanntes breites Kondylom (Schleimknoten) ist.

Das fünfte Kind der Frau X., deren Geschichte wir erzählt haben, scheint entschieden die Syphilis auf seine Amme übertragen zu haben. Diese Amme ist bei ihrer Annahme genau untersucht und gesund befunden worden und sie wurde erst syphilitisch, nachdem sie eine Zeit lang das fremde Kind gesäugt hatte; auch zeigten sich die ersten syphilitischen Zufälle an ihren Brustwarzen; selbst da hatte sie nirgends sonstwo einen Schanker oder einen Bubo, der etwa annehmen lassen konnte, dass sie während ihres Ammendienstes heimlich mit einem Manne zu thun gehabt und von ihm angesteckt worden sei. Die Thatsache steht also fest, aber es fehlt doch noch ein Glied in der Kette der Beweise. Das Kind nämlich hatte an seinem Munde durchaus nichts Krankhaftes, wenigstens nichts Syphilitisches gehabt und man kann doch nicht annehmen, wenigstens hat man keinen Beweis dafür, dass der Speichel oder der Mundschleim Syphilis übertragen könne. In allen bis jetzt bekannten Fällen, wo die Syphilis von einem Säuglinge auf die Amme übertragen worden, hat Ersterer Mundgeschwüre gehabt und wir beziehen uns hier auf Rollet, der unter 21 Fällen von Syphilis der Brustwarze 14 hatte, in welchen bestimmt die syphilitische Mundaffektion des überwiesenen Säuglings notirt ist; in den 7 übrigen Fällen ist die Mundaffektion wahrscheinlich auch da gewesen; es ist nur nicht darauf geachtet worden, sie zu notiren (Rollet, *Re-*

cherches sur la Syphilis, Paris 1862 S. 351). Dagegen ist in den Fällen, wo die Amme eines notorisch syphilitischen Säuglings keine Ansteckung erlitten hat, geradezu gesagt, dass das Kind im Munde und an den Lippen durchaus nichts Krankhaftes gehabt hat (Diday), oder auch, dass irgend ein ganz besonderer Umstand die Brustwarze der Amme geschützt hat. In dem oben von uns mitgetheilten Falle also würden wir also entweder annehmen müssen, dass wirklich der Speichel des Kindes die Amme angesteckt hat, oder dass bei demselben dennoch im Munde oder Rachen eine Rhagade oder eine Schleimpustel vorhanden gewesen und der Wahrnehmung entgangen ist.

Was die erste Hypothese betrifft, so haben wir schon angedeutet, dass die Ansteckungsfähigkeit des Speichels fast überall geläugnet wird. Man muss nur zugeben, dass die sogenannten sekundären syphilitischen Zufälle ebenfalls ansteckend sind, wenn auch nicht so intensiv und konzentrirt, wie der primäre Schanker, und dass selbst das Blut eines an allgemeiner Syphilis Leidenden die Syphilis durch Inokulation auf einen Gesunden übertragen kann (Waller, Pollizari u. A.), aber ganz anders verhält es sich mit den normalen Absonderungen: dem Speichel, den Thränen u. s. w., und noch neuerlichst haben Rollet, Diday und Viennois auf dem ärztlichen Kongresse zu Lyon (1864) ganz bestimmt dahin sich ausgesprochen, dass die genannten normalen Sekrete sich durchaus nicht impfen lassen und auch nicht Syphilis übertragen, ausser sie müssten mit syphilitischem Eiter oder Blut zufällig gemischt sein. Nur die Saamenflüssigkeit macht, wie Diday bemerkt, eine Ausnahme und kann die Syphilis direkt auf das Ei übertragen, indessen ist das nur eine Vermuthung, die wir nicht beweisen können, und wir wissen blos aus der Erfahrung, dass von einer an sich gesunden Frau, die von einem mit allgemeiner Syphilis behafteten Manne geschwängert worden, ein an ererbter Syphilis leidendes Kind zur Welt gebracht werden kann. Andere abnorme oder pathologische Feuchtigkeiten, welche von syphilitischen Subjekten gesammelt worden sind, als z. B. die Materie aus einer Aknepustel, einem Ekzembläschen, aus einem weichen

Geschwüre, aus Pocken- oder Vacoinepusteln, vermögen ebensowenig wie Trippermaterie, nach den genannten Autoren, die Syphilis zu übertragen, falls ihnen nicht wirkliche syphilitische Materie, d. h. aus einem syphilitischen Sekrete oder etwas Blut von dem mit syphilitischer Diathese behafteten Individuum beigemischt ist.

Ich bin sehr geneigt, überall da, wo meine eigene Erfahrung fehlt, mich auf die Erfahrung Anderer zu stützen, und ich reihe mich deshalb an diejenigen Autoren an, welche die Möglichkeit der Uebertragung der Syphilis durch die normalen Sekrete, z. B. durch die Milch oder den Speichel, leugnen. Ich finde aber in den Umständen, die mit dem Säugen verknüpft sind, sehr Vieles, was an die dunklen Fälle von Ansteckung erinnert, deren Deutung mehrere Autoritäten im ärztlichen Kongresse zu Lyon eine Zeitlang beschäftigt hat. — Das Saugen eines Kindes, 5 bis 10 Minuten dauernd, 10- bis 20mal in 24 Stunden sich wiederholend und kräftig genug, um Schrunden oder Risse in der Brustwarze und selbst Abszesse in den Brüsten zu erzeugen, kann, sollte ich meinen, in diese Risse oder Wunden wohl syphilitisches Gift genug hineinlagern, um Ansteckung zu bewirken, soferne nämlich der Säugling selbst im Munde irgend eine wunde Stelle oder ein leichtes, vorübergehendes Geschwür hat. Es ist demnach die zweite Hypothese, zu der ich in dem von mir erzählten Falle mich für berechtigt halte, d. h. ich glaube, dass das Kind eine solche wunde Stelle gehabt hat, die aber übersehen worden ist. Ich kann das um so mehr annehmen, als das Kind in ziemlich langen Zeiträumen zur Besichtigung vorgestellt worden ist, und als die an der Brust der Amme hervorgetretenen Zufälle zur Zeit, als ich sie zuerst zu konstatiren hatte, schon seit 3 Monaten bestanden. In dieser Zeit konnten die Mund- oder Halsaffektionen des Kindes schon längst geheilt sein, so dass ich an demselben nichts weiter fand, als Anschwellung der Nackendrüsen, borkige Ausschläge in den Haaren und einige Papeln auf dem Körper. Dazu kommt die wohlbekannte Schwierigkeit, bei so zarten Kindern Mund und Rachen genau zu untersuchen, und es ist ganz richtig, was Diday sagt, dass man nach solcher Unter-

suchung nie mit Gewissheit sagen kann, es sei in seinem Rachen Alles ganz gesund.

Die Frage bleibt noch, ob da, wo Syphilis von einem Kinde auf die Brustwarze der Amme übertragen worden und in seinem Munde nichts Krankhaftes zu finden ist, nicht die spezifische Koryza und die aus der Nase des Kindes fliessende Materie die Quelle der Ansteckung sei? Darauf würde der folgende Fall hinweisen.

Zweiter Fall. Das Kind H., 11 Tage alt, wird am 20. Oktober 1848 durch die Direktion des Ammenwesens der Frau D. überwiesen. In der über das Kind aufgenommenen Notiz hatte ich Folgendes vermerkt: „Ziemlich kräftig, 3125 Grammen wiegend, gesund, mit Ausnahme von starkem Soor und Erythem zwischen den Hinterbacken.“ — Bei der Ankunft dieses kleinen Mädchens an dem Orte, wo die Amme sich befindet, am 30. Oktober, konstatirt der dortige Bezirksarzt, dass an diesem Kinde kein äusserliches Merkmal von Syphilis vorhanden ist, und dass die Frau, welche nunmehr das Säugegeschäft zu verrichten hatte, auch vollkommen gesund war und ihr eigenes Kind ebenfalls gesund und kräftig sich erwies.

Mitte Dezember, also 6 Wochen später, hatte nach dem Berichte des genannten Arztes das Kind H. einen mässigen Schnupfen und etwas Röthe zwischen den Hinterbacken und um den After herum; diese Röthe hatte noch nichts Spezifisches und wurde der Nässung durch Urin und Koth zugeschrieben. Am 18. Januar 1849 aber zeigte sich die syphilitische Infektion am Kinde ganz deutlich; aus der Nase floss ein eiteriger Schleim aus; um den After herum haben sich grosse charakteristische Geschwüre gebildet. Das Kind wird nach Paris zurückgebracht und die dasselbe begleitende Amme wurde vor ihrer Abreise untersucht und zeigte durchaus nichts Verdächtiges; ihre Brustwarzen waren ganz gesund.

Unterwegs stirbt das Kind; dessen Leichnam langt am 24. Januar 1849 in Paris an und ich konstatire bei äusserer Besichtigung zwischen den Hinterbacken und auf den Schenkeln 8 bis 10 Ulzerationen, deren Charakter ich aber doch

nicht genau bestimmen kann. An der Oberlippe, wo diese sich an den Knochen ansetzt, ist letzterer etwas entblösst und von einem Geschwüre umgeben, welches übel aussieht; eine in die Nase eingeführte Sonde stösst ebenfalls auf einen entblössten rauhen Knochen. Sonst sind die Lippen, das Gaumengewölbe, die Zunge und der Rachen gesund und man findet auch auf der ganzen Haut des Kindes oder anderswo durchaus nichts Syphilitisches.

Was die Amme betrifft, so ergibt die genaueste Untersuchung derselben ebenfalls nichts; Brustwarzen, Lippen, Geschlechtstheile sind ganz gesund und zeigen auch nicht einmal eine Narbe; ebensowenig ist im Rachen, auf der Kopfhaut, in den Handflächen oder sonstwo etwas Verdächtiges zu erblicken. Die Nachrichten über die sittliche Führung der Frau lauten sehr günstig.

Am 26. Januar glaubt die Direktion des Ammenwesens, dieser Frau ohne alle Gefahr einen anderen Säugling zuweisen zu können, nämlich den Knaben Hans, der ganz gesund und kräftig ist. Ungefähr 3 Wochen später, gegen den 16. Februar, bemerkt die Frau auf ihren Brustwarzen Schrunden und Risse, über die sie sehr besorgt ist. In den ersten Tagen des März klagte sie sehr über Schmerzen in diesen Stellen der Brustwarze und der Arzt der Direktion konstatirt jetzt ein grosses Schankergeschwür an einer Brustwarze und ein anderes am Gaumensegel. Eine antisyphilitische Behandlung wird eingeleitet (nämlich: Sarsaparilldekokt und van Swieten'scher Liquor innerlich. Zum Verbande der Brustwarze Kampherwein). Das Kind Hans befindet sich sonst ganz gut.

Am 8. April scheint die Amme vollständig geheilt zu sein; die syphilitischen Geschwüre sind vollständig vernarbt. Trotz dem Rathe des Arztes verlässt jetzt die Frau die Kur, nimmt sie aber am 23. April wieder auf, weil sich wieder Geschwüre in der Schlundgegend gezeigt haben.

Der zweite Säugling, der von der Brust der Frau sogleich fortgenommen wurde, als man sie als syphilitisch erkannt hatte, zeigte am 23. April deutlich syphilitische Erscheinungen, und zwar ein charakteristisches Geschwür am Zahnfleische und dem Mundwinkel einer Seite.

Die Schlüsse, die man aus diesem Falle ziehen kann, sind nicht leicht und ich will sie demnach allmählig festzustellen suchen. Der erste Säugling ergab nichts Verdächtiges, bis er 6 Wochen alt war; dann bekam er einen angeblich leichten Schnupfen, der aber später eiterig wurde, ferner Erytheme zwischen den Hinterbacken und den Oberschenkeln; diese Erytheme verwandelten sich bald in charakteristische Geschwüre; kurz es zeigte sich bald die allgemeine Syphilis ganz deutlich. Die Amme, zuerst genau untersucht, als ihr das Kind anvertraut wurde, und dann wieder, als sie das Kind sterbend nach Paris brachte, bot durchaus keine Erscheinung syphilitischer Ansteckung dar. Das Kind selbst ist mehr an Gangrän des Mundes als an den syphilitischen Zufällen gestorben; die bei der Leichenuntersuchung in den Nasengruben desselben gefundene Ulzeration kann jedoch wegen der seit Eintritt der Krankheit vorhanden gewesenen eiterigen Koryza als spezifisch angesehen werden und ihr Nichtzusammenhang mit dem Brande des Mundes scheint nur zufällig gewesen zu sein, obwohl auch hier wie in der Nase der Knochen entblösst war. Die jetzt noch einmal untersuchte Amme wurde wieder als gesund erkannt und man musste nun wohl schliessen, dass die Syphilis des Kindes nicht von ihr hergekommen, sondern angeerbt gewesen war.

Wie gesund die Amme erschien, geht daraus hervor, dass man ihr von Neuem einen Säugling überwies, aber nun ändert sich die Szene und es treten Zufälle hervor, die sehr verdächtig sind. Drei Wochen nach dem Tode des ersten Säuglinges hat die Amme einen Schanker an der Brustwarze und einen am Gaumengewölbe. Woher sind diese Schanker gekommen? Sind sie noch vom ersten Säuglinge herzuleiten, oder sind sie direkt durch unzüchtige Handlungen, denen die Amme sich hingegeben hat, erzeugt worden? Es muss die Zeit, in welcher diese Zufälle hervortraten, hier mit in Betracht gezogen werden; es waren nach dem Tode des ersten Säuglinges drei Wochen vergangen und es müssen noch einige Tage mit hinzugezählt werden, um genau die Zeit zu erkennen, die vergangen war, seitdem die Amme aufgehört

hat zu säugen. Konnte nun die Ansteckung der Amme doch vom ersten Säuglinge ausgegangen sein? Man muss sagen, dass die Zwischenzeit von 25 bis 30 Tagen etwas lang erscheint, wenn man bedenkt, dass die infantile Syphilis gewöhnlich einen schnellen Verlauf hat, und besonders wenn man mit Diday zugibt, dass die Krankheit fast ohne alle vorgängige Inkubation hervorbricht. Erwägt man jedoch andererseits die von Rollet angegebenen Zahlen über die Inkubationsdauer des primären Schankers (9 bis 42 Tage), so wird man zugeben können, dass in unserem Falle die Ansteckung der Amme durch den ersten Säugling wohl hat geschehen können, und dass das spätere Hervortreten der syphilitischen Erscheinungen bei Letzterer wohl damit zusammenzureimen sei. Rollet gibt in Bezug auf die Uebertragung der Syphilis von einem Säuglinge auf die Brust seiner Amme drei Wochen als die durchschnittliche Dauer der Inkubation an; er erwähnt selbst einiger Fälle, wo diese Inkubation 4 bis 6 Wochen gedauert hat. Es scheint uns demnach nicht zweifelhaft, dass in unserem Falle die Amme von dem ersten, unzweifelhaft syphilitischen, Säuglinge angesteckt worden ist. Da aber dieses Kind niemals im Munde ein syphilitisches Symptom gehabt hat (den Mundbrand können wir nur als eine zuletzt hinzugekommene Nebenerscheinung betrachten), so entsteht für uns die Frage, ob nicht der spezifische eiterige Ausfluss aus der Nase des Säuglinges die Quelle der Ansteckung gewesen? Die Ammen sind in der Regel gegen diese Ursache der Ansteckung um so weniger auf ihrer Huth, als die einfache Koryza bei den Kindern sehr häufig ist, und die charakteristischen Zufälle, welche die Syphilis bezeichnen, in der Nase verborgen bleiben können (ein analoger Fall findet sich bei Rollet).

Was den zweiten Säugling betrifft, so ist es wohl auch klar, dass er die Syphilis von der Amme bekommen hat, und zwar mehr durch den innigen Kontakt mit letzterer als durch das Säugen, da dieses Geschäft sogleich unterbrochen wurde, als bei ihr die Krankheit sich deutlich gemacht hatte, und da bei dem Säuglinge im Munde erst zwei Monate nachher ein Symptom von Syphilis zum Vorscheine gekommen war; in der

That hatte ja auch die Amme ausser dem Schanker an der Brustwarze noch einen am Gaumengewölbe und später noch Rachengeschwüre.

Dritter Fall. Emilie L. B., eine Frau von 25 Jahren, von mittlerer Konstitution, seit drei Jahren verheirathet, zweimal regelmäsig entbunden und, mit Ausnahme einiger Unregelmässigkeit der Menstruation und etwas weissen Flusses, immer gesund, hat auch nie etwas an den Geschlechtstheilen gehabt und versichert, dass auch ihr Mann nie etwas von einer venerischen Krankheit gewusst hat, und dass ihre beiden Kinder, bei der Geburt gesund und wohl, auch stets gesund geblieben sind.

Am 23. Juni 1851 tritt diese Frau als Amme in die Findelanstalt in Dienst. Man übergibt ihr sogleich ein kleines Mädchen, Namens Marie, welches einen Monat alt und aus dem Neckerhospitale herbeigebracht worden ist, wo dessen Mutter krank darniederlag und einen Monat später starb. Das kleine Mädchen ist mager und sehr schwächlich, aber hat nirgends Geschwüre oder Schleimpusteln. Seine Haut ist ganz klar. In den ersten Tagen des Juli wird es von Soor befallen, welcher nach einigen Tagen beseitigt ist. Die Frau B., welche das Kind immerfort säugte, bekam Schrunden an der rechten Brustwarze, die in 15 Tagen heilten. Gegen den 20. Juli bekommt das Kind ein wanderndes Erysipelas, welches an den Augenlidern beginnt, alle Regionen des Körpers durchläuft, und endlich durch Bäder beseitigt wird. Zu gleicher Zeit mit diesem Erysipelas bildet sich auf der Zunge des Kindes ein Geschwür, welches kauterisirt wird und ziemlich schnell vernarbt, aber einige Tage nach Bildung dieses Geschwüres zeigt sich ein solches an der linken Brustwarze der Amme. Erst 5 bis 6 Tage nach dem Hervortreten dieses Geschwüres, welches als eine kleine Pustel begonnen hatte, spricht die Amme darüber; das Geschwür sieht blass und sehr verdächtig aus; es verhärtet sich in seiner Basis und will trotz mehrfacher Kauterisation und Umschläge von aromatischem Weine nicht vernarben. Endlich aber wird es geheilt, aber die Induration der Narbe besteht

noch am 15. November 1851. Die Achseldrüsen derselben Seite sind angeschwollen und etwas schmerzhaft.

Etwa 6 Wochen nach dem Erysipelas bekommt das kleine Mädchen Fieber, Husten, und bald darauf einen roseolaartigen Ausschlag mit Augenentzündung, und man erklärt die Krankheit für Masern; der Ausschlag verschwindet gegen den fünften Tag. Zu gleicher Zeit zeigt sich an den Geschlechtstheilen des Kindes ein kleines Geschwür, welches kauterisirt wird und bald vernarbt. Von dieser Zeit an und während der zwei Monate nach dem Masernausschlage ist das Kind vollkommen gesund.

Was die Amme anlangt, so war sie von dem Geschwüre an der Brustwarze gänzlich geheilt und es war in der zweiten Hälfte des Oktober nichts weiter mehr zu bemerken, als eine kleine Induration; gegen den 8. November aber begann die Frau über Unwohlsein zu klagen und bemerkte auf ihrem Bauche braunrothe, kupferfarbige, etwas erhabene Flecke, welche juckten und dann sich auch auf dem übrigen Körper in kleinerer Zahl zeigten. Am 15. November erkenne ich ebenfalls einen papulösen syphilitischen Ausschlag und die Kranke klagt zugleich über Halsschmerz und etwas Heiserkeit, dann aber auch über Appetitlosigkeit, Durst, und ein Gefühl von Schwäche. Am 17. wird sie in die Lourcine geschickt, aus welcher sie einen Monat nachher geheilt entlassen wird. Das Kind, das an diesem Tage entwöhnt wurde, blieb noch einen Monat nachher unter Beobachtung, zeigte aber nichts Verdächtiges mehr.

Kommt in der gewöhnlichen Privatpraxis dem Arzte ein Fall vor, wo zugleich der Säugling und seine Amme syphilitische Erscheinungen darbieten, so wird er nicht selten in Verlegenheit gesetzt, wenn er bestimmen soll, von wem die Ansteckung ausgegangen ist, ob vom Säuglinge auf die Amme, oder von dieser auf jenen? Der eben mitgetheilte Fall zeigt die Schwierigkeit dieser Bestimmung ganz deutlich. Der Säugling hat nichts gehabt, als Soor und Hautröthung, die beide nichts Spezifisches darboten. Er wurde von einem Erysipelas befallen, welches bald heilte und die Ulzeration des Mundes,

die man zu dieser Zeit notirte, konnte nur als die Folge der Kachexie und des Soors angesehen werden, da sie durch die Kauterisation schnell beseitigt wurde und man während des längeren Aufenthaltes des Kindes in der Anstalt nichts Syphilitisches hervortreten sah. Der fieberhafte Ausschlag, der dann eintrat, schien Masern zu sein, und zwar waren wir zu dieser Annahme berechtigt sowohl durch die Form des Ausschlages, als auch durch die übrigen Symptome, so wie durch die Schnelligkeit, mit der er verblich, während doch die syphilitische Roseola immer von weit längerer Dauer ist. Beiläufig will ich noch bemerken, dass dieser Fall ein interessantes Beispiel von Heilung eines umherschweifenden Erysipelas ist. Man kennt die hohe Bedeutung eines solchen Erysipelas bei Neugeborenen; der Tod ist fast immer die Folge davon; in der Privatpraxis ist die Heilung äusserst selten und in einem Hospitale ist die Prognose noch viel schlimmer. Bäder schienen mir nach dem Beispiele meiner Lehrer Guersant und Blache das beste Mittel gegen die wandernde Rose zu sein, deren Charakter in einer Erhöhung der thierischen Wärme besteht, und wo es darauf ankommt, die Haut zu erschlaffen. Dieses Mittel hat sich auch hier gut erwiesen.

Kurz, das kleine Kind hat nur zweifelhafte Symptome von Syphilis dargeboten und ist ohne spezifische Behandlung geheilt worden, so dass man in der That nicht mit Bestimmtheit sagen kann, ob es überhaupt an Syphilis gelitten habe. Dennoch wird die Amme, die als ganz gesund erkannt war, von Syphilis ergriffen, nachdem sie kaum einen Monat das Kind gesäugt hatte. Welches waren bei ihr die ersten Erscheinungen? Es war ein Schanker an der Brustwarze und eine schmerzlose Anschwellung der Achseldrüsen, also das charakteristische und häufigste Symptom der von einem syphilitischen Kinde auf die Amme durch das Saugen übertragenen Syphilis. Leider habe ich die Untersuchung der Geschlechtstheile dieser Frau unterlassen, so dass ich nicht sagen kann, ob sie die Syphilis nicht direkt durch letztere sich zugezogen habe, aber in Erwägung der ganz zweifellosen Mittheilungen über ihren bisherigen Gesundheitszustand, über den ihrer Kinder und über ihre Moralität kann man an eine

frühere Syphilis bei ihr nicht denken und während ihres Aufenthaltes in der Findelanstalt, wo Männer nicht zugelassen werden, kann sie durch geschlechtlichen Umgang die Syphilis sich auch nicht zugezogen haben. Nimmt man nun noch hinzu den Sitz der ersten Erscheinung, nämlich die Brustwarze, und die Zeit, in welcher dieses Symptom hervortrat, so kann man durchaus nicht umhin, den Säugling als die Quelle der Ansteckung für die Frau anzusehen.

In dem folgenden Falle werden wir eine gesunde Amme erblicken, welche trotzdem, dass sie ein syphilitisches Kind säugt, der Ansteckung doch entgeht und an der Brustwarze nur eine Ulzeration erleidet, welche bald heilt, offenbar, weil das Säugen nur 2 Monate gedauert hatte, und ferner, weil der Säugling um die Lippen herum nur einige feuchte Pusteln hatte, aber keine Ulzeration in den Mundwinkeln und im Inneren des Mundes.

Vierter Fall. Marie G., geboren am 28. März 1846, überwiesen der Amme M., die als gesund erkannt worden ist, wird ungefähr zwei Monate nachher, nämlich am 5. Juni, wegen eines verdächtigen Ausschlages, der seit vier Wochen besteht, der Direktion des Ammenwesens vorgestellt. Dieses Kind, klein und schwächlich, zeigt auf dem Antlitze, den Beinen und den Hinterbacken verschiedene Hautausschläge; ferner an der Nase und auf den Augenbraunen kleine linsenförmige Krusten, an den Haarwurzeln des Kopfes einige Impetigopusteln und auf den Wangen 5 bis 6 kupferrothe rauhe Flecke. Um die Lippen bemerkt man auch einige Flecke derselben Art; die Mandeln sind dick und roth, aber nicht geschwürig; auch die Schleimhaut des Mundes ist gesund. Auf den Lenden bemerkt man 3 oder 4 etwas vortretende Krusten mit kupferrothem Hofe, zwischen den Hinterbacken deutliche Schleimpusteln und an den Fusssohlen zwischen den Zehen ebenfalls Krusten und Risse. Das Kind sieht kachektisch aus und Niemand verkennt, dass es syphilitisch ist.

Die Amme, die im Allgemeinen ganz gesund ist, zeigt an der linken Brustwarze einen erbsengrossen rothen Knoten, welcher aber nicht wund ist und mehr dem Kerne eines

Erythema nodosum gleicht; an der rechten Brustwarze bemerkt man einen ähnlichen gerötheten Knoten, der etwas schmerzhaft ist. Im Uebrigen ist weder an den Lippen, noch im Rachen, noch in der Vulva der Frau, noch sonstwo, irgend etwas Verdächtiges zu entdecken. Die Milch der Frau ist ganz gut und es finden sich in derselben weder granulöse Körperchen noch Schleimkügelchen. Die Frau blieb unter strenger Beobachtung im Hospitale St. Antoine; nach Verlauf von 14 Tagen sind ihre Brüste vollkommen geheilt und nach abermaliger genauer Untersuchung wird sie vollständig gesund entlassen.

Es hat also die Amme nur eine Anschwellung der Brustwarzen gehabt, welche ganz bestimmt durch das Saugen erzeugt worden ist. War nun diese Anschwellung spezifischer Natur, war sie der Anfang eines Schankers, der nur nicht ganz zur Entwickelung gekommen war? Hat entweder der Säugling die Amme bloss deshalb nicht angesteckt, weil er an seinen Lippen oder in seinem Munde keine Ulzeration oder sonst nichts Schlimmes gehabt hat, oder war die Anschwellung an der Basis der Brustwarze wirklich syphilitischer Natur und nur wegen der zu kurzen Dauer des Saugens nicht bis zum wirklichen Geschwüre gelangt? Womit beginnt eine solche von einem Säuglinge übertragene Syphilis an den Brüsten? Zuerst mit Absorption des Giftes und Schwellung, und dann mit Ulzeration, oder beginnt sie mit einer einfachen Wunde, in welche sich der Giftstoff dann infiltrirt?

Es ist schwierig, diese Fragen zu beantworten; wir können bloss darauf aufmerksam machen, dass das Kind zwei Monate gesäugt worden und dass dieser Zeitraum lange genug gewesen ist, um die Amme anzustecken, wenn das Kind im Munde eine syphilitische Ulzeration gehabt hätte, und ich glaube, dass dieses Fehlen der Ulzeration der eigentliche Schutz für die Amme gewesen ist.

Die folgenden Fälle können wir im Gegensatze zu den vorigen, welche wir als Beispiele von angeerbter Syphilis darstellten, als erlangte infantile Syphilis bezeichnen.

Fünfter Fall. Louise M., kräftig und gesund bei der

Geburt, wird am 27. Oktober 1845 der Frau B. zur Ammenpflege übergeben. Nach den Mittheilungen des Arztes, der die Frau zu überwachen hatte, ging eine Zeit lang Alles günstig, aber am 29. Juli 1846, also ungefähr nach Uebergabe des Kindes, lautet der Bericht dahin, dass das Kind einen syphilitischen Ausschlag und syphilitische Auswüchse am After und in den Leistengegenden habe. Eine Röthe, so schreibt der Arzt, habe den Anfang gemacht, und es hatten sich Exkoriationen gebildet, die sich mit Schorfen bedeckten; dieses habe man Anfangs dem Mangel an Reinlichkeit zugeschrieben, worin allerdings die Amme nachlässig gewesen war. Sauberkeit, der Gebrauch einiger Bäder und ein richtiges diätetisches Verhalten beseitigten diese Zufälle, aber zurück blieben ein syphilitischer Ausschlag, Feigwarzen, und ausserdem an den Seitenrändern der Zunge eine syphilitische Ulzeration.

Die genaue Untersuchung der Amme ergab nichts Syphilitisches an den Brüsten, aber an den Geschlechtstheilen hat die Frau eine Ulzeration, die der Arzt nicht genau schildern kann, die er aber für sehr verdächtig hält.

Am 24. August 1846 wird das Kind nach Paris zurückgebracht und von mir genau untersucht; ich fand in den Leistenbeugen, an den Hinterbacken und zwischen den Oberschenkeln bläuliche Pusteln und einige flache Kondylome, deren syphilitische Natur nicht zu bezweifeln war. Die Mutter des Kindes zeigt keine Spur von Syphilis; sie behauptet, niemals syphilitisch gewesen zu sein, und eine genaue Untersuchung ihres Körpers lässt auch keine Spur einer vorhanden gewesenen Syphilis entdecken.

Es ist sehr zu bedauern, dass hier in diesem Falle die genauen Angaben über den Zustand der Geschlechtstheile der Amme bei der ersten Untersuchung derselben fehlen; indessen ist doch die Ueberzeugung gewonnen worden, dass sie an den Brustwarzen keine Spur irgend einer Ulzeration oder Exkoriation gehabt hat, während ihre Geschlechtstheile wirklich krank waren; andererseits ist auch festgestellt, dass die Syphilis beim Kinde am After und in der Leistengegend be-

gonnen hat, und zwar in einem gewissermassen sehr vorgerückten Alter, nämlich in dem Alter von 8 Monaten, welches das Kind schon erreicht hatte, eine Lebenszeit, welche weit über die Zeit hinaus, in welcher ererbte Syphilis, wie wir später zeigen werden, in der Regel zum Vorscheine kommt. Erwägen wir nun noch die gute Gesundheit der eigenen Mutter des Kindes, so dürfen wir wohl den Schluss ziehen, dass wir hier einen Fall von direkter Ansteckung des Kindes durch die Amme, und zwar nicht durch das Säugen, sondern durch anderweitigen Kontakt, vor uns haben.

Was nun diesen Kontakt betrifft, so wissen wir aus Erfahrung, dass die Syphilis durch denselben, namentlich in den ärmeren Klassen, wo ein sehr enges Zusammenleben mit einem grossen Theile Unsauberkeit gewöhnlich herrschend ist, weit mehr sich verbreitet, als es im ersten Augenblicke scheinen dürfte. In solchen Familien benützen Kinder und Erwachsene dieselben Geräthe, liegen zusammen, gebrauchen dieselben Schwämme, Wischtücher oder Windeln, und die kleinen Kinder werden bald von dieser, bald von jener Person geküsst, herumgetragen und in die Arme genommen, und es ist wohl nicht überraschend, dass hier Uebertragungen von Syphilis vorkommen, die fast wie kleine Epidemieen erscheinen. Petrini, Joly und Facen haben Fälle angeführt, wo 6, 7, 8 Personen und mehr in sehr kurzer Zeit nach Aufnahme eines fremden Säuglinges von Syphilis befallen worden sind, und zwar in Ortschaften, wo diese Krankheit bis dahin unbekannt gewesen (Diday).

Wir haben schon in einer früheren Mittheilung in der Gesellschaft der Hospitalärzte drei Fälle erwähnt, wo auf dieselbe Weise die Kinder inflzirt worden sind. In dem einen Falle hatte ein kleines Mädchen die Syphilis durch die Küsse ihrer Mutter empfangen, welche einen Schanker an den Lippen hatte; in den beiden anderen Fällen sind die beiden Kinder höchst wahrscheinlich von einer alten Wärterin, welche im Gesichte und an verschiedenen anderen Stellen des Körpers syphilitische Geschwüre hatte, angesteckt worden. Hier und da kommt es vor, dass eine mit der Krankheit behaftete Wärterin oder Amme ihre durch Kratzen oder Befassen sy-

philitischer Schleimpusteln oder Geschwüre beschmutzten Finger ungewaschen in den Mund des Kindes oder auf eine andere Schleimhaut desselben bringt, oder dass sie mit ihrem eigenen Speichel hier und da die kleinen Kinder, die ihnen anvertraut sind, befeuchten, um irgend etwas abzuwischen. Man begreift leicht die Möglichkeit dieser zufälligen Ansteckungen, wenn man sich der neuerlich mitgetheilten authentischen Fälle von Uebertragung der Syphilis durch Saugröhren, durch Pfeifen oder Trinkflaschen erinnert, welche in der arbeitenden Klasse oft von Mund zu Mund gehen, oder durch silberne Katheter, die unabgewischt von Mund zu Mund geführt worden sind, um die Eustach'sche Trompete zu sondiren.

Die Ansteckung durch Ammen, Wärterinnen und Säuglinge ist nicht die einzige, die bei einem frischen neu übergebenen Kinde vorkommt; es gibt noch eine schauerlichere, leider gar nicht seltene Quelle der Ansteckung kleiner Kinder, nämlich die Ansteckung durch unzüchtige Handlungen, wovon folgender Fall ein trauriges, aber durchaus nicht neues Beispiel gibt.

Sechster Fall. Alfred G., 14 Jahre alt, wird am 14. Februar 1863 in das Kinderhospital aufgenommen. Etwa 8 Tage vorher fühlte er angeblich kleine Knötchen am After und zwischen den Hinterbacken. Diese Knötchen wurden bald geschwürig, schmerzhaft und juckend, hinderten den Knaben am Gehen und erregten ein Gefühl von Brennen beim Stuhlgange. Dieser Knabe hatte mit seinem älteren Bruder von 19 Jahren, welcher seitdem in das Hospital für Syphilitische gekommen war, in einem Bette zusammen gelegen. Mit ihm ist noch ein jüngerer Bruder, der nicht in ein Krankenhaus gekommen ist, angesteckt worden. Er behauptet, nicht zu wissen, wie er zu seinem Uebel gekommen sei, allein die Form seines Afters und die Leichtigkeit, womit derselbe sich erweitert, sind uns Beweise gewesen, dass mit ihm die Versuche der Päderastie gemacht worden sind; die Schleimpusteln umgaben seinen After in einem Kranze und zogen sich hinauf zwischen den Hinterbacken. In beiden Leistenbeugen waren die Drüsen geschwollen und schmerz-

haft. Im Rachen des Knaben, im Munde, auf der Kutis, fanden wir durchaus nichts Syphilitisches.

Wir kommen jetzt auf eine Uebertragungsweise der Syphilis bei Kindern, welche in neuester Zeit unser Interesse lebhaft in Anspruch genommen hat, nämlich auf Verbreitung der Syphilis durch die Vaccination. Die Mittheilungen aus Deutschland, aus Italien, ferner die Auskunft, die uns Devergie, Herard, Viennois, Depaul u. A. gegeben haben, setzen diese Quelle der Uebertragung der Syphilis ausser Zweifel. Die beiden folgenden Fälle sollen nicht als neue Beweise dienen, sondern haben nur den Zweck, zu zeigen, dass die konstitutionelle Syphilis die regelmässige Entwickelung der Vaccine nicht hindert, aber auch, dass syphilitische Subjekte, bei denen die Syphilis latent liegt, bei der geringsten Verwundung dahin gebracht werden, die Syphilis zu manifestiren.

Siebenter Fall. Eugenie G., 13 Jahre alt, kommt am 24. Januar 1863 in das Kinderhospital. Sie hat seit 14 Tagen einen syphilitischen Ausschlag von papulös-schuppiger Form, dessen Ursprung unbekannt bleibt. Bei genauer Untersuchung dieses Kindes sieht man an der hinteren Kommissur der Vulva eine Schankernarbe; die Leistendrüsen sind geschwollen, ebenso die Halsdrüsen und die Drüsen in der linken Achselgrube.

Die Kleine klagt über Gliederschmerzen, über nächtlichen Kopfschmerz und über Halsweh. Im Halse ist aber nichts weiter zu erblicken als Röthung. Da sie noch nicht vaccinirt war, so wird die Vaccination an ihr vorgenommen und der Fall genau im Auge behalten. Die Vaccinepusteln entwickeln sich ganz regelmässig, trocknen gehörig ab und es zeigt sich nichts Absonderliches an den Impfstellen. Dann wird eine spezifische Behandlung gegen die Syphilis vorgenommen und 6 Wochen nachher verlässt das Kind vollkommen geheilt das Hospital.

Achter Fall. Ein Knabe von $2^1/_2$ Jahren, mit deutlicher syphilitischer Roseola und Schleimknoten, wird am

24. Mai mit Lymphe von einem ganz gesunden Kinde vaccinirt. Nur zwei Impfstiche werden an jedem Arme gemacht, aber ausserdem wird noch ein wenig Blut aus einem der Impfstiche auf den linken Vorderarm dieses Kindes inokulirt. Am 4. Juni sind die Impfpusteln gross und auf dem linken Arme mit einem starken rothen Hofe umgeben. Auf dem rechten Arme sind sie bereits in Vernarbung begriffen. Die Inokulation mit dem Blute auf dem linken Vorderarme hat keinen Erfolg gehabt. Mein Assistent nimmt etwas Serum aus den Vaccinepusteln desselben Armes und macht damit zwei Inokulationen am linken Ober- und Unterschenkel. Sie geben ebenfalls kein Resultat; es folgt kein lokales syphilitisches Leiden und die Impfstiche haben sich nicht in Geschwüre umgewandelt, aber wohl zu merken ist, dass während der ganzen Zeit das Kind in Merkurialbehandlung sich befand.

II. Auftreten der infantilen Syphilis, Formen, Diagnose zwischen syphilitischen und skrophulösen Knochenübeln.

In meinen Vorlesungen im Kinderhospitale über die Syphilis der Neugeborenen und Säuglinge habe ich auf die wichtige Bedeutung aufmerksam gemacht, welche die Zeit des Hervortretens der ersten Symptome der angeerbten Syphilis für die Diagnose hat. Ich will das, was ich darüber zu sagen habe, hier kurz zusammenfassen.

1) Wenn man den Unterschied zwischen angeborener und angeerbter Syphilis macht und unter ersterer diejenige versteht, die gleich mit zur Welt kommt, so wird man zugeben müssen, dass dieselbe sehr selten vorkommt; Trousseau und Lassègue haben an den Kindern gleich bei deren Geburt die Syphilis nie gesehen; Huguier hat nur einen einzigen Fall in der Lourcine, und Cullerier nur zwei Fälle in zehn Jahren beobachtet. Diese Seltenheit der mit auf die Welt gebrachten Syphilis ist aber nicht wirklich wahr, sondern nur scheinbar, indem erstlich die Eingeweide des neugeborenen Kindes von der angeerbten Dyskra-

sie nicht frei sind und der angeborene Pemphigus, der bei solchen dyskrasischen Kindern ziemlich oft sich zeigt, als Manifestation der Syphilis betrachtet werden muss.

2) Gewöhnlich aber kommt die angeerbte Syphilis im ersten bis dritten Monate nach der Geburt zum Vorscheine; das Hervortreten in späterer Zeit ist selten und wird immer seltener, je länger die Zeit nach der Geburt vergangen ist; nur ganz ausnahmsweise wartet die angeerbte Syphilis mit ihrem Hervortreten bis über den sechsten Monat nach der Geburt hinaus und Cullerier stellt als äusserste Grenze dieses Hervortretens das Ende des ersten Lebensjahres dar. Desmarres bemerkt in seiner Abhandlung über Augenkrankheiten, dass die syphilitische Roseola als Manifestation der angeerbten Syphilis in der Regel vom 8. bis 30. Tage nach der Geburt sich bemerklich macht, und mir scheint wirklich die von Cullerier gestellte Grenze viel zu weit genommen zu sein und ich glaube, dass man der Wahrheit viel näher kommt, wenn man 6 Monate als die äusserste Grenze betrachtet und wenn man dabei einräumt, dass höchst selten drei Monate vergehen, ohne dass die angeerbte Dyskrasie sich äussert, obwohl vielleicht auch nach dem sechsten Monate diese Manifestation sich möglicherweise verzögern kann. Diday spricht sich ganz entschieden ebenso aus. Vereinige ich meine 14 Beobachtungen, wo das Hervortreten der ersten Symptome der angeerbten Syphilis notirt worden ist, mit den 158 Fällen von Diday, den 28 von Méric, wo das Datum genau festgestellt ist, und 40 Fällen von Mayr, wo man ebenfalls das erste Auftreten notirt hat, so haben wir in Summa 249 Fälle, von welchen 118 die Syphilis im ersten Monate nach der Geburt und 217 vor Ende des dritten Monates zur Erscheinung brachten, und es bleiben nur 32 übrig, in welchen nach dem dritten Monate des Lebens die Syphilis sich manifestirte. Demnach ist in nahe der Hälfte der Fälle die von den Eltern ererbte Syphilis beim Kinde vor dem ersten und in $^7/_8$ der Fälle vor Ende des dritten Monates zum Vorscheine gekommen, während für die Zeit nach dem dritten Lebensmonate nur etwa $^1/_8$ der Fälle verbleibt. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass, wenn bei einem syphilitischen Kinde der Arzt

über die Quelle der Syphilis keine genügende oder zuverlässige Auskunft erlangen kann, er aus der Zeit des Erscheinens der Krankheit vor oder nach dem dritten Monate des Lebens mit einiger Wahrscheinlichkeit über die Frage, ob die Krankheit angeerbt oder erlangt sei, sich entscheiden kann.

3) Wenn man schon bei Ermangelung ganz positiver Auskunft in Zweifel ist, ob die nach dem dritten Monate des Lebens oder gar noch später, nach dem 6. bis 12. Monate hervorgetretene Syphilis (in den 207 Fällen von Diday und Mayr ist die äusserste Grenze einmal zu 16 Monaten und einmal zu 2 Jahren angenommen worden) der Anerbung der Krankheit zuzuschreiben sei, was soll man dann von den Fällen denken, die von einigen Autoritäten berichtet sind, wo die angeerbte Syphilis gar erst mit dem 5., 10., 15. und selbst 40. Lebensjahre sich manifestirt haben soll*). Zumal wenn noch angegeben wird, dass die Syphilis sich gleich als tertiäre kundgethan? Wurden diese letzteren Fälle bloss darum für angeerbte Syphilis gehalten, weil Spuren primärer Syphilis fehlten?

Die Natur hat ihre bestimmten Gesetze, von denen sie sich nicht entfernt, und wenn ich am Krankenbette eine scheinbare Abweichung von den Naturgesetzen erblicke, so frage ich mich zuerst, ob denn die Anomalie eine wirkliche ist und ich hege dann weit eher den Argwohn, dass die Beobachtung nicht richtig gewesen, als dass die Natur einen Irrthum begangen. Was nun das angeblich sehr späte Auftreten

*) „Ich habe," sagte Ricord, im Oktober 1853 in der Akademie der Medizin, „in diesem Augenblicke einen jungen Mann von 17 Jahren in Behandlung, welcher erst in diesem Alter die von seinen Eltern überkommene Syphilis in tertiärer Form hervortreten sah. Ich habe Menschen gesehen, bei denen die angeerbte Dyskrasie erst mit dem 40. Lebensjahre sich bemerklich machte." — Ferner sagt Diday: „Sobald man annimmt, dass die angeerbte Syphilis bis zum 20. oder gar 30. Lebensjahre latent bleiben kann, so ist das eine Lehre, die alles Mögliche verdecken kann, indem ja dann die selbstverschuldete Syphilis ganz bequem den Eltern zugeschrieben werden kann."

der angeerbten Syphilis betrifft, so glaube ich, dass weit eher eine Unkenntniss oder eine Verkennung der in der Zeit vor dem späten Auftreten etwa vorhanden gewesenen syphilitischen Zufälle, die vielleicht wegen ihres ungewöhnlichen Sitzes keine sichtbaren Spuren hinterlassen haben, zum Grunde liegt, als dass eine Ausnahme wirklich gefunden worden sei, eine Ausnahme, die darin bestände, dass eine angeborene syphilitische Dyskrasie die erste Kindheit, die zweite Kindheit, ja das ganze Jugendalter hindurch schweigt und erst im reifen Alter zum Vorscheine kommt, und dann sogar gleich in sogenannter tertiärer Form. Wer da weiss, in welchem Grade Lügenhaftigkeit, absichtliche und unabsichtliche Täuschung in Fällen von Syphilis bei Denjenigen vorkommt, die dabei irgendwie interessirt sind, der muss sich wundern, dass ein Mann wie Ricord, von so grossem Geiste und so bedeutender Erfahrung, die Geschichte, nach welcher erst mit dem 40. Lebensjahre die angeerbte Syphilis zum Vorscheine gekommen und gleich eine tertiäre Form gezeigt habe, glauben konnte. Meiner Ansicht nach waren alle diese Ausnahmen nicht Fälle von hereditärer Syphilis, sondern von erlangter, und es stimmt dieses mit der Angabe von Vidal (in seiner kleinen Dissertation über die angeborene Syphilis, Paris 1860) überein, wenn er sagt, dass er die angeblichen Ausnahmen von sehr später Manifestation der angeerbten Dyskrasie bei genauer Untersuchung als ganz gewöhnliche Vorgänge stattgehabter Ansteckung erkannt hat.

Es ist indessen immer möglich, dass manche Fälle von tertiärer Syphilis, besonders solche, die vor der Pubertät sich kundthun, wirklich der angeerbten Dyskrasie beigemessen werden müssen; es scheint uns dann aber der Schluss gerechtfertigt zu sein, dass diese jungen Syphilitischen bald nach der Geburt die gewöhnlichen Manifestationen der angeerbten Syphilis, nämlich Ausschläge, Schleimpusteln u. s. w. wirklich gehabt haben, und dass sie nur übersehen oder verkannt worden sind; dieses ist, wie Jeder zugeben wird, in Bezug auf die Ausschläge gar sehr leicht möglich, zumal da diese in der Regel keine Spuren hinterlassen, und der Arzt dann später auf die Erzählungen verwiesen ist, die ihm von den

Angehörigen oder den Individuen selbst aufgetischt werden. Da kann es kommen, dass er eine tertiäre Form erblickt, und nun glaubt, damit habe die Syphilis sich zu äussern begonnen, wo wir, nach unserer Ueberzeugung, nichts weiter sehen würden, als die wirkliche Folge einer entweder erlangten oder angeerbten Syphilis, die sich aber in einer früheren Periode schon anderweitig geäussert hat.

In den Fällen, die wir gesammelt haben, hat die angeerbte Syphilis sich immer in verhältnissmässig kurzer Zeit nach der Geburt geäussert; so zeigte in unserem ersten Falle (nach einem Abortus und einem todt geborenen Kinde) das drittgeborene Kind die ersten spezifischen Zufälle einen Monat nach der Geburt; das viertgeborene zeigte sie nach Verlauf von 2 Monaten, das fünftgeborene gegen die vierte Woche. In unserem zweiten Falle sah man die ersten Symptome nach 6 Wochen und in unserem vierten nach einem Monate. Die folgenden Fälle zeigen ebenfalls dieses frühzeitige Hervortreten der angeerbten Syphilis.

Neunter Fall. Josephine S., geboren am 14. Febr. 1840, wird durch die Direktion des Ammenwesens am 28. der Frau Ch. übergeben; diese Frau wird bei der Untersuchung ganz gesund befunden und hat vortreffliche Milch. Das kleine Mädchen aber ist schwächlich, hat Augenentzündung und Erythem zwischen den Hinterbacken und den Schenkeln; es wiegt am 14. Tage nach der Geburt nicht mehr als 2500 Grammen.

Der Arzt des Bezirkes, welcher die Aufsicht über die Frau Ch. zu führen hatte, gestattet ihr, weil der übergebene Säugling sehr schwächlich war und er fürchtete, dass bei ihr die Milch sich zu sehr anhäufen würde, ihr eigenes Kind zu säugen, empfiehlt ihr jedoch aus Vorsicht, für das fremde Kind die eine Brust und für das eigene Kind die andere Brust immerfort zu nehmen.

Am 5. Tage nach Annahme des fremden Säuglinges bekommt dieses am After und am oberen Theile der Oberschenkel kleine runde Pusteln, welche schnell in Geschwüre übergehen und deutlich einen syphilitischen Charakter zeigen. Der

Arzt gebietet der Frau, das Säugen einzustellen, damit sie nicht angesteckt werde und nicht etwa noch die Krankheit auf ihr eigenes Kind und ihren Ehemann übertrage.

In diesem Falle kann die Amme nicht im Geringsten beschuldigt werden; sie hat nichts Syphilitisches vorher gehabt und nichts nachher bekommen; ihr eigenes Kind ist ganz gesund geblieben. Das frühzeitige Auftreten der ersten Erscheinungen bei dem fremden Säuglinge beweist, dass die Syphilis diesem Kinde angeerbt war. Eine antisyphilitische Kur, der dieses Kind unterworfen wurde, brachte schnelle Besserung, und ich füge noch hinzu, dass die Mutter dieses fremden Säuglinges ein liederliches Mädchen war.

Der folgende Fall gibt uns eine gewichtige Auskunft über den semiotischen Werth des Pemphigus der Neugeborenen.

Zehnter Fall. Der Knabe A. wurde mir am 7. Juni 1864 in der Poliklinik des Kinderhospitales vorgestellt. Er ist etwa 1 Monat alt, sah bei der Geburt ganz wohl aus und hatte keine Spur eines Ausschlages. Erst am 15. Tage nach der Geburt bekam er einen papulös-schuppigen Ausschlag von blasser Kupferröthe auf Gesicht und Gliedern; auf den Handflächen sah man eine Menge Pemphigusblasen von verschiedener Grösse und auch an den Schenkeln und Hinterbacken entwickelten sich dergleichen nebst Ekthympusteln und Papeln; ein ähnlicher Ausschlag zeigte sich auf den Geschlechtstheilen, aber die Mündung der Harnröhre und der After blieben frei von Schleimpusteln. Ebensowenig sieht man etwas auf dem Thorax, auf der Kopfhaut und im Innern des Mundes. Auf der äusseren Fläche der Unterlippe zeigt sich eine grosse Schleimpustel; ebenso sieht man unten an der Nase geschwürige Stellen mit rothem Grunde und bedeckt mit einer dünnen gelben Kruste. Die Abmagerung des Kindes ist nur mässig.

Das Kind wird von seiner Mutter gesäugt, welche an ihren Brüsten und an ihrem übrigen Körper auch nicht die geringste Spur von Syphilis darbietet. Sie gesteht aber ein, dass sie im Jahre vorher, ehe sie schwanger geworden, an

der Vulva einige Geschwüre mit Röthe und etwas Ausfluss gehabt habe; sie habe sich diese Stellen mehrmals kauterisiren lassen und drei Monate hindurch Pillen genommen. Sie behauptet, darauf weder Kopfschmerz, noch Halsweh, noch Ausfallen der Haare, noch irgend einen Hautausschlag gehabt zu haben. Vorher hat sie schon ein Kind gehabt, welches jetzt 4 Jahre alt ist und von Geburt an gesund war. Der Vater des Kindes will durchaus nichts weiter gehabt haben, als vor 18 Jahren während seines Soldatenstandes einen Tripper.

Wir bemerken, dass wir das Kind, von dem hier die Rede ist, am 7. Juni einer spezifischen Behandlung unterwarfen; wir gaben ihm nämlich den van Swieten'schen Liquor zu $^1/_4$ Theelöffel voll jeden Morgen und ausserdem wöchentlich 3 Sublimatbäder (1 Gramm in jedem Bade). Am 18. Juni wird das Kind uns wieder zugeführt; von der Syphilis sind nur noch einige Flecke auf den Handflächen und Fusssohlen und dünne trockene bräunliche Krusten auf dem Antlitze, besonders um die Nasenflügel herum, zu bemerken.

Ob nun die Mutter allein infizirt gewesen, oder ob auch der Vater zur Zeit der Zeugung des Kindes an Syphilis gelitten, bleibt sich gleich; jedenfalls war das Kind mit hereditärer Syphilis behaftet. Der Pemphigus, wie er sich frühzeitig gezeigt hat, nämlich besonders auf den Handflächen und Fusssohlen, ist nach unserer Ueberzeugung ein Beweis dieser durch die Eltern übertragenen Syphilis. Nach den Untersuchungen von Paul Dubois, Depaul, Hertle (*Thèse sur le Pemphigus des nouveau-nés, Strasbourg 1848*) und von Ollivier und Ranvier (in den Abhandlungen der Akademie von 1864) hegen wir über die syphilitische Natur des Pemphigus der Neugeborenen keinen Zweifel mehr, wir betrachten ihn in der Regel als einen Beweis der angeerbten Syphilis, zumal wenn er mit auf die Welt gebracht wird. Tritt er aber erst einige Zeit nach der Geburt auf, wie in dem mitgetheilten Falle, wo er erst am 15. Tage nach derselben sich gezeigt hat, so könnte darüber allerdings noch Zweifel gehegt werden, allein die Thatsachen, die wir ge-

sammelt haben, sprechen auch hier für seine syphilitische Natur. Die häufigste Gelegenheit zur Beobachtung des Pemphigus der Neugeborenen bietet die Findelanstalt in Paris dar, welche sowohl die verlassenen Neugeborenen, von denen einige auch gleich Spuren von angeborener Syphilis zeigen, als auch die zeitweilig abgegebenen aufnimmt. Die Kinder der letzteren Kategorie sind meistentheils in dem Alter von 3 bis 15 Monaten und leiden während ihres ziemlich langen Aufenthaltes in der Anstalt an mancherlei Krankheiten. Bei diesen habe ich ziemlich oft Pemphigus gesehen, aber es war dieses ein einfacher Pemphigus, wie er in jeder anderen Periode des Lebens auftritt. Ich nenne ihn einfachen Pemphigus, nicht nur wegen seiner Form, sondern auch wegen des Fehlens aller verdächtigen, auf Syphilis hinweisenden Nebenerscheinungen. Die Unterscheidung dieser beiden Arten von Pemphigus ist wirklich sehr leicht und ich will das hier kurz darthun.

Die Erfahrung zeigt, dass der einfache Pemphigus sich ganz gleich auf verschiedenen Regionen des Körpers, selten aber auf den Fusssohlen und Handflächen, zeigt, wogegen der syphilitische Pemphigus gerade das Gegentheil darbietet. Bei jenem sind die Bullen zerstreut und vielleicht in der Zahl von 3 bis 12 vorhanden; dieser aber ist weit verbreitet, seine Bullen sind sehr zahlreich vorhanden, manchmal mehr als hundert, und konfluiren. Dort, nämlich beim einfachen Pemphigus, sind die Bullen rund, von verschiedener Grösse, von der eines Funfzigcentime- bis zu der eines Zweifrankenstückes; sie sind mit einer gelblichen Flüssigkeit gefüllt, die nur zufällig bei irgend einer äusseren Einwirkung sich trübt. Beim syphilitischen Pemphigus aber sind die Blasen unregelmässig, klein, und gehen, wenn sie nicht zusammenfliessen, nicht über die Grösse einer Erbse hinaus; sie sind mit einer eiterigen oder blutigen Flüssigkeit gefüllt. Zur weiteren Diagnose dient noch die Zeit des Auftretens, indem der einfache Pemphigus höchst selten vor dem dritten, öfter nach dem sechsten Monate des Lebens, auftritt; der syphilitische Pemphigus dagegen ist entweder angeboren oder zeigt sich gleich in den ersten Tagen nach der Geburt, und wenn er auch ausnahmsweise

später hervorkommt, so geht doch diese Verspätung nie über die Zeit hinaus, welche als die Grenze der Erscheinung der hereditären Syphilis von uns dargethan ist. Wir brauchen kaum zu bemerken, dass bei dem einfachen Pemphigus keine anderen Symptome von Syphilis bemerkt werden, während dieses bei dem syphilitischen meistens der Fall ist.

Die nun folgenden Fälle sollen dazu dienen, die Form darzustellen, unter welcher die infantile Syphilis zu Tage tritt. Was zuvörderst die Hautausschläge betrifft, so bemerken wir am häufigsten die Form der Roseola, einen papulös-schuppigen Ausschlag, einen bloss schuppigen, oder Psoriasis, Ekthympusteln, Schleimpusteln u. s. w. Die Roseolaform haben wir schon in mehreren von uns mitgetheilten Fällen notirt und wir halten ihre Diagnose für sehr leicht, da die Flecke durch ihre kupferfarbige Röthe sich charakterisiren; dasselbe kann man von dem syphilitischen Papelnausschlage sagen. Die Psoriasis bietet auch in ihrer nicht-syphilitischen Art mannichfache Gestaltungen in den Schuppen dar, ja selbst kupferfarbige Flecke nach dem Abfallen der Schuppen, so dass daraus allein kein Schluss auf die syphilitische Natur zu ziehen ist. Bei ganz kleinen Kindern käme allerdings ein Moment hinzu, welches für die Diagnose von Wichtigkeit ist, nämlich die überaus grosse Seltenheit der einfachen Psoriasis bei Neugeborenen, im Gegensatze zu der relativen Häufigkeit dieser Ausschlagsform in der zweiten Kindheit und bei Erwachsenen. Ich erinnere mich nicht eines einzigen Falles von Psoriasis unter dem zweiten oder dritten Lebensjahre*). Dagegen ist die syphilitische Psoriasis in den ersten Monaten, ja in den ersten Wochen des Lebens, überaus häufig. Ein anderes unterscheidendes Merkmal gewährt der Sitz. Wie der syphilitische Pemphigus vorzugsweise an den Handflächen und Fusssohlen sich äussert, so ist dieses auch mit der syphilitischen

*) Von Isambert ist Psoriasis auf den Oberschenkeln und dem Rücken bei einem 6 Monate alten Kinde gefunden worden, welche durch Arseniksolution geheilt wurde, nachdem vergeblich der van Swieten'sche Liquor angewendet worden war.

Psoriasis der Fall, wogegen die einfache Psoriasis sich besonders auf Rücken und Brust entwickelt. Die folgenden Fälle werden das deutlich machen.

Eilfter Fall. Ein schwächlicher Knabe von 5 Monaten wird uns am 22. April 1864 vorgestellt. Wir finden folgende Erscheinungen der angeerbten Syphilis: Erythem, Herpes mit gelblichen trockenen Borken auf den Wangen und den Augenbraunen, Fehlen der Augenwimpern, spezifische Koryza und Psoriasis der Handflächen. Die ersten Zufälle sollen 2 Monate nach der Geburt auf den Handflächen und Fusssohlen zum Vorscheine gekommen sein; 14 Tage nachher sei die Koryza gefolgt; im Munde war und ist nichts Schlimmes vorhanden.

Das Kind war schwächlich bei der Geburt; es hatte im ersten Monate seines Lebens, vor Eintritt der spezifischen Erscheinungen, Durchfall, der aber seitdem aufgehört hat. Auch scheint es viel mehr Pusteln gehabt zu haben, als sich jetzt noch finden.

Die Mutter zeigt noch an der Brust die Spuren einer Eruption, welche nach ihrer Angabe einen Monat nach dem Säugen des Kindes eingetreten; die Brustwarzen selbst sind unversehrt, aber an jeder Brust sieht man noch 8 bis 10 bläuliche oder kupferrothe Knoten, welche ausgeeitert haben und deutlich als Ueberreste von syphilitischem Herpes oder Ekthym erscheinen. Die Frau behauptet, an ihren Geschlechtstheilen niemals etwas Schlimmes gehabt zu haben; auch habe sie nie an Halsweh, an Anschwellung der Halsdrüsen, an Ausfallen der Haare u. s. w. gelitten; als sie in Spanien gewesen, habe sie einen Sarsaparillensyrup gebraucht und ein weisses Pulver, worauf sie Speichelfluss bekommen. Ihr Kind aber sei nur mit einfachen Bädern behandelt worden.

Letzterem wurden von uns van Swieten'scher Liquor, Sublimatbäder, Kalomel in Salbenform angeordnet und auch der Mutter wurde angerathen, ihre angefangene Kur fortzusetzen.

Obwohl die Entstehung dieser doppelten Syphilis nicht ganz aufgeklärt ist, so ist es doch ziemlich gewiss, dass die

Mutter die zuerst angesteckte war, da die Zufälle an ihren Brüsten einen Monat vor denen des Kindes eingetreten sind, da dieses an seinem Munde nichts gehabt hat, wodurch es beim Saugen seine Mutter hätte anstecken können, wozu noch kommt, dass die eigene Mutter ja gegen die angeborene Syphilis ihres Kindes eine besondere Immunität besitzt. Wir können also wohl behaupten, dass die Syphilis des Kindes angeerbt und die Psoriasis eine Aeusserung derselben gewesen war.

Zwölfter Fall. Louise Al., $3^1/_2$ Monat alt, als sie am 25. September 1863 zuerst vorgestellt wurde. Das Kind hat eine gute Hautfarbe, ist aber klein und schwächlich und hatte seit seiner Geburt fortwährend eine Art Schnupfen. Gegen den zweiten Monat zeigte sich ein starker Ausfluss aus der Nase und das Athmen wurde schnaufelnd. Zugleich machte sich in den Leistenbeugen und zwischen den Hinterbacken eine Röthe bemerklich, auf welcher sich rothe Knoten erhoben, die sich in Geschwüre umwandelten.

Jetzt, wo das Kind $3^1/_2$ Monat alt ist, bemerkt man einen blutigen Ausfluss aus beiden Nasenlöchern, Krusten auf den Rändern der Nasenflügel und Ulzerationen verschiedener Art nebst einigen Papeln an den Hinterbacken, um den After, an der Vulva und in den Schenkeln und Leistenbeugen. An den Fusssohlen und Zehen ist nichts zu sehen, aber die Handflächen sind gerunzelt und mit kleinen Schuppen bedeckt, welche als Ueberrest von Psoriasis erschienen. Die Leistendrüsen sind etwas gequollen.

An dem linken Mundwinkel sieht man kleine Wundstellen und eine Spalte, wobei zu bemerken, dass das Kind Soor gehabt hat. Im Halse nichts Schlimmes wahrzunehmen; Halsdrüsen etwas gequollen; der Kopf haarlos. So weit sich aus den Aussagen ergibt, hat die Mutter während der Schwangerschaft geschwürige Knoten an den Geschlechtstheilen gehabt, und ist der Vater, der noch Soldat ist, wirklich syphilitisch gewesen.

Am 25. September 1863 beginnt die spezifische Behandlung des Kindes (van Swieten'scher Liquor; Streupulver

von Kalomel und Stärkemehl). Am 2. October: Die Koryza ist nicht mehr so stark; einige Geschwüre sind schon vertrocknet; statt des Streupulvers wird eine Kalomelsalbe angewendet. — Am 16.: Die Schleimknoten sind verschwunden, ebenso die Koryza. Der Durchfall hat aufgehört; das Kind bekommt ein besseres Aussehen, ist munterer und wird stärker. (Die Behandlung wird fortgesetzt.) — Am 23: An den Stellen der Schleimknoten sieht man nichts mehr als etwas Röthe; der Zustand des Kindes sehr befriedigend.

Wie für den Pemphigus und für die Psoriasis, so kann auch der Sitz des Ausschlages auf den Handflächen und den Fusssohlen für den syphilitischen Herpes ein diagnostisches Merkmal sein.

Dreizehnter Fall. Ein kleines Mädchen, 6 Monate alt, als es am 17. Juni 1864 in die Poliklinik des Kinderhospitales gebracht wurde. Es hatte noch deutliche Symptome von Syphilis, deren Ursprung schwer festzustellen war. Die Mutter nämlich versichert, weder vor noch während der Schwangerschaft irgend etwas Verdächtiges an den Geschlechtstheilen gehabt zu haben, und bei ihrer Untersuchung ergibt sich in der That nichts Syphilitisches; auch der Vater, ein wandernder Musikus, hat nach seiner Behauptung nichts weiter gehabt, als vor Jahren einmal einen Tripper. Das Kind ist im 7. Monate der Schwangerschaft geboren und hatte bei der Geburt durchaus nichts Besonderes. Es wurde nicht gesäugt, sondern gepäppelt, und erst, als es drei Wochen alt war, bemerkte die Mutter an ihm einen Ausschlag zuerst auf den Handflächen, dann auf den Fusssohlen und endlich auf dem oberen Theile der Stirne. Zugleich bekam das Kind eine starke Koryza. Jetzt sieht man nur noch auf den Handflächen einen trockenen herpetischen Ausschlag und am After einen kleinen Schleimknoten.

Die Angaben des Vaters und der Mutter über ihr früheres Befinden sind wohl kaum als zuverlässig anzusehen; das Kind hat die Brust nicht bekommen, sondern ist künstlich aufge-

füttert worden, und wir müssen dessen Syphilis, die sich drei Wochen nach seiner Geburt entwickelt hat, gewiss als hereditär ansehen.

Wir haben nichts Besonderes über die papulösen oder schuppigen Ausschlagsformen zu sagen, welche sich, wie die Schleimknoten, überall mit einmischen. Seltener kommt bei der infantilen Syphilis die Ekthymform vor. Wir haben diese Form schon in unserem 10. Falle gesehen; es folgt hier ein anderes Beispiel.

Vierzehnter Fall. Ein Knabe von 3 Monaten, aufgenommen in das Hospiz der Findelanstalt am 2. Febr. 1864, ist ziemlich kräftig und an den Geschlechtstheilen nichts Schlimmes. An den Beinen zeigt sich ein kupferfarbiger Papelnausschlag und auf ihrer vorderen Fläche bräunliche Flecke; ferner sieht man auf den Hinterbacken und dem hinteren Theile der Oberschenkel Ekthympusteln. Alle diese Ausschläge zeigen deutlich einen syphilitischen Charakter: sonst ist weder Koryza, noch Angina vorhanden. Die Anamnese sowohl in Bezug auf den Zustand des Kindes als der Eltern ist völlig unbekannt.

Das syphilitische Ekthym ist übrigens von dem gewöhnlichen Ekthym kachektischer Kinder schwer zu unterscheiden. Jedes dieser Ekthyme bildet gleiche erhaben stehende Pusteln, die sich bald in Geschwüre mit scharfkantigen Rändern umwandeln. Nur die begleitenden Erscheinungen können die Natur des Ekthymes bestimmen helfen. In dem mitgetheilten Falle waren es die anderen Ausschläge, welche den syphilitischen Charakter anzeigten.

Eine der häufigsten, ja ich möchte sagen, die konstanteste, Kundgebungen der angeerbten Syphilis ist die spezifische Koryza; wir haben sie in unserem 1., 2., 9., 11. und 12. Falle angetroffen, und zwar in Verbindung mit verschiedenen syphilitischen Ausschlägen; wir haben (im 2. Falle) auch gezeigt, welche Rolle die syphilitische Koryza bei der Ansteckung spielt. Mit Diday erkennen wir die erste Bedeutung dieser Affektion theils als eines Hindernisses der Respiration, besonders bei schwächlichen Neugeborenen, theils als einer Quelle der Intoxikation durch die Einathmung der aus der

Nase kommenden stinkenden Gase. Jedenfalls hat die Koryza einen grossen Einfluss auf den tödtlichen Ausgang der angeerbten Syphilis, — wovon folgender Fall einen Beweis liefert.

Fünfzehnter Fall. Fanny G., geboren den 20. März 1851, kommt in das Hospiz der Findelanstalt am 29. April mit deutlichen Symptomen konstitutioneller Syphilis, als nämlich: Roseola, Schleimknoten und spezifische Koryza. Sie stirbt im Alter von 2 Monaten.

Bei der Untersuchung der Leiche findet man in den Eingeweiden keine Veränderung, die auf Syphilis zu beziehen wäre. Thymus klein und gesund; Bronchialdrüsen ebenfalls klein und unverändert; die rechte Lunge zeigt am oberen Theile ihrer Lappen eine Blutüberfüllung mit etwas Emphysem; die linke Lunge ebenfalls blutüberfüllt, aber an der Basis; Leber röthlich, eher hart als erweicht, nicht vergrössert; Milz ebenso; Gehirn blutarm.

Offenbar ist bei diesem Kinde die Syphilis mehr durch die Kachexie oder mangelhafte Blutbereitung, die sie verschuldet hat, tödtlich gewesen, als etwa durch organische Veränderungen. Die geringe Bronchio-Pneumonie war wohl ohne Einfluss auf den Ausgang der Krankheit. Diese geringe Lungenaffektion ist sowohl bei Neugeborenen als auch bei älteren Säuglingen eine sehr häufige Folge der einfachen oder syphilitischen Koryza, denn die Entzündung der Nasenschleimhaut, mag sie einfach sein oder von Syphilis herrühren, hat grosse Neigung, sich fortzupflanzen, und Bronchitis und Lobularpneumonie ist daher namentlich bei kleinen schwächlichen Kindern gar nicht selten die Ursache des Todes bei der Koryza, die deshalb bei ihnen immer sehr bedenklich wird, selbst wenn sie ganz einfach ist.

Im folgenden Falle war die Koryza deutlich das Vorspiel und die Ursache der Pneumonie gewesen, und die Frage entsteht, ob hier das Lungenleiden eine einfache Fortsetzung der Entzündung der Nasenschleimhaut gewesen oder ob sie auch eine Kundgebung der Syphilis war? Das Letztere halte ich nicht für richtig, denn was in der Leiche, wie man hören

wird, gefunden worden ist, nämlich Verdichtung (Karnifikation) und blassrothe Färbung des Lungengewebes, findet sich auch als gewöhnliche Veränderung der lobulären Pneumonie der Kinder, besonders wenn diese etwas chronisch verläuft; auch der Sitz spricht dafür, denn sie fand sich, wie gewöhnlich, hinten und unten am oberen Lappen und oben am unteren Lappen, und endlich fand sich nichts von den charakteristischen gummatösen Ablagerungen, die sich durch ein dichtes, fibrös-plastisches, elfenbeinweisses Gewebe, in welchem keine Spur des Parenchymes wahrzunehmen ist, zu erkennen geben. Ich will bei dieser Gelegenheit bemerken, dass mir nach meinen Studien der Syphilis scheint, als ob man jetzt mit der Bezeichnung gummatöse Geschwülste der Lungen viel zu weit geht und sie auf Veränderungen anwendet, die ganz etwas Anderes sind, z. B. auf zusammengehäufte Klumpen roher Tuberkeln.

Sechzehnter Fall. Anton G., 2 Monate alt, wird in die Krippe der Findelanstalt gebracht und von da drei Wochen später in das Hospiz derselben. Von Anfang an hatte das Kind Schnupfen und Husten. Ich finde auf den Hinterbacken und um den After einen Ausschlag, der seit einigen Tagen besteht und kleine Bläschen bildet, welche aufbrechen und schnell in kleine Geschwüre mit dünner Kruste sich umwandeln. Grünliche Durchfälle, weisslicher Belag auf der Zunge, trockene und rissige Lippen, Röthe im Rachen, Erstickungsgefahr beim Saugen, bei der Auskultation geringe Thätigkeit der Lungen vernehmbar, Dämpfung des Perkussionstones, Dyspnoe, 100 Pulsschläge, Tod am 5. Mai.

Leichenschau am 6.: Rechte Lunge am hinteren Theile des unteren Lappens und an der Basis des oberen fleischig verdichtet (karnifizirt); linke Lunge ebenfalls einige verdichtete Stellen zeigend, Bronchialdrüsen nicht tuberkulös; Kehlkopf im Inneren blass, aber gesund; Thymus noch sichtbar, aber ohne Veränderung. Die Leber strotzend und braun und bläulich; die Milz schwärzlich, hart, von mittlerem Umfange; in dem Darmkanale keine Ulzeration, Gehirn bleich. Die Nasengruben sind sehr roth; die Gänge zwischen den Mu-

scheln mit schleimigem Eiter gefüllt, aber es finden sich in der Nase weder Geschwüre, noch Pseudomembran, noch etwa Knochenveränderungen.

Eben so häufig wie die Koryza bei der Syphilis der Neugeborenen ist, eben so selten ist dabei die Laryngitis. Der nächstfolgende Fall gewährt uns ein Beispiel; die daselbst gefundenen Veränderungen sind gewiss mehr der Syphilis beizumessen als einem einfachen chronischen Entzündungsprozesse, der in so zartem Alter wohl niemals Ulzeration der Knorpel zur Folge hat.

Siebenzehnter Fall. Louise O., geboren den 23. März 1851, aufgenommen in das Hospiz der Findelanstalt am 12. November 1851, wird gleich verdächtig befunden, da sie an den Hinterbacken Geschwüre hat. Drei Wochen nachher bekommt sie Durchfall, der sich bald wieder verliert, und 14 Tage später Husten. Meine Untersuchung am 19. Dezember ergibt Husten, etwas heisere und rauhe Stimme beim Schreien, beschleunigten Puls, keine abnormen Geräusche im Thorax, mit Ausnahme von etwas Rauhigkeit des Athmungsgeräusches; die Zunge an ihrer Basis vom Epithelium etwas entblösst; etwas Ekzem hinter dem rechten Ohre.

Am 22.: Die Geschwüre an den Hinterbacken sind grösser geworden, haben einen grauen Grund und scharfkantige Ränder; die Stimme sehr rauh, Durchfall (verordnet Umschläge von aromatischem Weine und Chinapulver auf die Geschwüre). — Am 23.: Starkes Fieber, Bronchialpusten, knisterndes Rasseln in der rechten Brusthälfte. — Am 26.: Ausdehnung der Bronchiopneumonie auf die linke Brusthälfte, Stimme erloschen, Ausfluss dünnen Schleimes aus der Nase. — Tod am 28.

Leichenschau. Gehirn affizirt; die Meningen eine ziemliche Menge gelblichen Wassers enthaltend; die Gehirnmasse an sich nicht verändert; die Unterleibsorgane erscheinen ungewöhnlich blass, besonders die Leber, welche blassgelb aussieht und sehr klein ist. Die linke Lunge zeigt Blutüberfüllung und ist stellenweise hepatisirt und man bemerkt

auf der Oberfläche apoplektische Flecke. Auch die rechte Lunge hat einige solche Blutanschoppungen an der Basis. Keine Tuberkeln in den Lungen oder in den Bronchialdrüsen.

Der Kehlkopf zeigt bedeutende Veränderungen; der Länge nach gespalten zeigt er an der Stimmritze zwischen den unteren und oberen Stimmbändern eine grünliche Farbe, welche von der blassen Farbe der übrigen Schleimhaut auffallend absticht. Am oberen Theile und in dem Winkel, der von den beiden Blättern des Schildknorpels gebildet wird, sieht man eine kleine Oeffnung, die in einen geschlossenen Eiterheerd führt, welcher etwas nach vorne liegt, einen grünlichen Eiter enthält und mit Karies des Schildknorpels in Verbindung steht, der in einer kleinen Strecke von seiner Schleimhaut entblösst ist und bläulich aussieht und in seiner Mittellinie ausgefressen erscheint. Von der Thymus sind noch einige Spuren vorhanden, aber keine Eiterheerde in denselben. Die Nasengruben zeigen keine Ulzerationen der Schleimhaut oder der Knochen; es findet sich darin nur etwas dicker Schleim.

Eine andere Kundgebung der infantilen Syphilis ist die Onychie, die zwar nur selten vorkommt, aber einen grossen Werth für die Diagnose hat, weil sie fast nur ausschliesslich der Syphilis angehört.

Achtzehnter Fall. Der Knabe X., $5^1/_2$ Monate alt, wird am 7. August 1863 in die Poliklinik des Kinderhospitales gebracht. Er hat Schleimknoten am After, Anschwellung der Leisten- und Halsdrüsen und Nagelgeschwüre. Aus diesen Erscheinungen ist die Syphilis deutlich erkennbar. Das Allgemeinbefinden des Kindes ziemlich gut. Was die Anamnese anlangt, so wird erzählt, dass das Kind 15 Tage nach seiner Geburt Koryza hatte und 8 Tage später Schleimknoten bekam. Die Mutter zeigt keine Spur von Syphilis; über den Vater, der Soldat ist, ist nichts Gewisses zu erfahren. Die Behandlung besteht darin, dass man dem Kinde Sublimatbäder und täglich einen Theelöffel voll van Swieten'schen Liquor gibt.

Am 4. September, bis wohin die Behandlung fortgesetzt

wurde, ist das Kind bedeutend gebessert; die Schleimpusteln sind verschwunden, das Schnaufeln der Nase ist nur noch sehr gering und es ist nur noch die Onychie vorhanden, aber die geschwürigen Nägel fielen bald darauf ab; die Sublimatbäder wurden noch eine Zeit lang fortgesetzt, mussten aber dann unterbrochen werden, weil Bronchitis eintrat; später wurden sie wieder aufgenommen und die Besserung machte bedeutende Fortschritte.

Knochenleiden, Unterscheidung zwischen Syphilis und Skrophulosis.

Alle Autoren erkennen die Knochenleiden als äusserst selten bei der infantilen Syphilis; bei der ererbten Syphilis sind sie niemals beobachtet worden, wenigstens hat man sie nie angeboren gefunden; Diday hat in seinem Werke eine geringe Zahl von Fällen, welche er bei den Autoren gefunden hat, zusammenzutragen versucht. Er hat nur sechs Fälle gefunden, die aber so zweifelhafter Natur sind, dass man die Knochenleiden kaum der Syphilis beizumessen vermag. In einem Falle von Laborie (Sitzung der Akademie der Medizin vom 1. Juli 1851), in einem anderen von Cruveilhier (Pathologische Anatomie 15. Fall), in einem dritten von Rosen und noch in zweien von Doublet und Mahon handelt es sich um Karies oder Nekrose, welche auf vereiterte Gummata gefolgt sein soll, oder um Ulzerationen der Nasengruben oder des Gaumengewölbes. Etwas entschiedener erscheinen zwei von Bertin angeführte Fälle von Periostose; endlich hat noch Vidal auf eine Beobachtung von Underwood (in dessen Werk über Kinderkrankheiten, wo es sich um eine Exostose des Schädels bei einem ganz kleinen Kinde handelte), und auf eine andere von Cullerier aufmerksam gemacht, in der dieser Autor Knochen- und Zellgewebsaffektionen als erste Manifestation der angeborenen Syphilis gesehen haben will. Auch in dem Werke von Desmarres über Augenkrankheiten (zweite Auflage) finden wir ein Kind erwähnt, welches papulöse Syphilis hatte, ferner verschiedene Schleimausflüsse, dann einen Abszess auf dem Scheitelbeine und einen anderen auf dem Hinterhauptsbeine, die offenbar

mit Krankheit der Knochen zusammenhingen. Auch hat mir Fournier erzählt, dass er bei Neugeborenen einige Male Knochensyphilis angetroffen hat.

Die Tödtlichkeit der hereditären Syphilis in den Fällen, wo sie sehr tief eingegriffen und nicht behandelt worden ist, dann im Gegensatze die leichte und vollständige Heilbarkeit derselben, wenn sie nicht bedeutend ist und einer richtigen Behandlung unterliegt, endlich das häufige Vorkommen anderer tödtlicher Krankheiten bei zarten, kleinen Kindern, erklärt, meiner Ansicht nach, die Seltenheit von syphilitischen Knochenleiden oder sogenannten tertiären Zufällen bei der infantilen Syphilis, besonders aber bei der hereditären. Bei der erlangten Syphilis der ersten oder zweiten Kindheit kommt es übrigens auch höchst selten vor, dass die Knochen durch die Krankheit afficirt werden, und wenn sich Knochenleiden finden, so ist es sehr schwierig, den Beginn und die Ursache derselben festzustellen, da man selten Gelegenheit hat, die Entwickelung in allen ihren Phasen genau zu verfolgen. Nur dann, wenn die Syphilis ausnahmsweise bei Kindern sehr schnell verläuft, hat man dazu Gelegenheit, wie der folgende Fall erweisen kann, den ich früher schon einmal veröffentlicht habe.

Neunzehnter Fall. Ein kleines Mädchen von 2 Jahren wurde von seiner Mutter, die einen Schanker an der Unterlippe hatte, geküsst, und bekam in Folge dessen einen Schanker am Bändchen der Oberlippe mit Anschwellung der Unterkieferdrüsen. Ganz kurze Zeit darauf entwickelte sich auf der Haut des Kindes eine kupferrothe Roseola mit Schleimplaquen an der Vulva und am After, dann Exostosen am unteren und inneren Theile jedes Humerus und an der oberen und vorderen Fläche der linken Tibia. Diese Exostosen waren mit nächtlichen Knochenschmerzen begleitet, so dass man eigentlich bei diesem Kinde primäre, sekundäre und tertiäre Zufälle zugleich vor sich hatte, was auch Ricord, der die Kleine sah, eingestand. Ausserdem hatte das kleine Mädchen auf der Stirne zwei Geschwülste von der Grösse einer Haselnuss, die halbweich waren, aber an Farbe sich von der übri-

gen Haut nicht unterschieden. Ich hielt diese Geschwülste für Gummata, wogegen Ricord sie für skrophulös ansah und ausserdem in dem Zustande des Kindes nur eine Verbindung von skrophulöser und syphilitischer Diathese annahm. Die später von mir gemachte Leichenuntersuchung bewies, dass es sich wirklich um skrophulöse Geschwüre handelte.

Man unterwarf das Kind einer gemischten Behandlung; es bekam nämlich innerlich Jodkalium, während äusserlich auf die Schleimpusteln und die Hautgeschwüre ein Pulver von Stärkemehl und Kalomel aufgestreut wurde. Die Heilung ging überall, und auch in den Periostosen der Gliedmassen, schnell von statten, nur die Geschwülste auf der Stirne hatten sich wenig verändert, vielmehr bildeten sich noch zwei kleinere neben ihnen. Weitere Beobachtung dieses Kindes bezeugte die Richtigkeit der Diagnose von Ricord; die Geschwülste auf der Stirne waren wirklich rein skrophulöser Natur; sie wurden weich, schwappend, brachen auf und die Kleine wurde immer anämischer. Man gab ihr jetzt Jodeisen statt des Jodkaliums.

Vom 20. bis 25. September hatte das Kind eine Varioloide mit rosenartiger Entzündung um die eiternden Stellen der Stirne, die tief zu gehen schienen, bei deren Untersuchung mit der Sonde man bis auf den entblössten Stirnknochen kam, der rauh und hart war. Vom 28. September bis 9. Oktober hatte das Kind Bronchitis und Fieber, wovon es geheilt wurde, während das Knochenleiden an der Stirne verblieb. Später bekam das Kind die Masern, verfiel in Hektik unter andauerndem Lungenleiden und starb endlich am 25. Dezember.

Bei der Leichenbeschau fand man Tuberkelablagerungen vorzugsweise in den Lungen, dann auch in der Milz, den Nieren und den Bronchial-, Mesenterial- und Submaxillardrüsen. Leber fett und gross. Das Stirnbein zeigte eine Ulceration an seiner äusseren Fläche und in der Mitte dieser Ulceration eine gelbliche, käsige Materie, die offenbar der Rest von Knochentuberkeln ist. An einer kleinen Stelle ist die Ulceration durch die innere Tafel des Knochens gegangen, hat aber die Meningen nicht affizirt. An anderen Stellen des

Schädels fanden sich kleine weissliche Flecke, welche beginnende Tuberkelablagerungen zu sein schienen.

Ich will die verschiedenen merkwürdigen Züge dieses Falles hier nicht besonders erörtern, sondern nur über die Schwierigkeiten der Diagnose von vorkommenden Knochenleiden bei syphilitischen Kindern sprechen, wenn z. B. bei denselben Exostosen und Periostosen an den Armen und Beinen und vorzugsweise an der Tibia vorkommen, wofür hat man diese zu halten? Wie will man das Dasein nächtlicher Knochenschmerzen erkennen bei einem Kinde, welches sich nicht anders kundgeben kann, als durch Schreien und Wimmern? Ist die Verstärkung dieses Schreiens und Wimmerns während der Nacht ein zuverlässiger Beweis vorhandener nächtlicher Schmerzen? Es kommt in der ersten Kindheit eine Krankheit vor, welche die Schwierigkeit der Diagnose bei syphilitischen Exostosen und Periostosen noch vermehrt; dies ist die akute Rhachitis.

Bekanntlich wird bei dieser letzteren Krankheit nicht nur eine Auftreibung der Enden der langen Knochen, sondern auch hier und da im Schafte derselben, bewirkt und es kommt auch vor, dass die Tibia aufgetrieben und schmerzhaft wird (fühlbar besonders an ihrer vorderen Fläche), gerade wie bei der syphilitischen Exostose. Der Schmerz, den die Bewegung vermehrt, kann auch selbstständig sein, aber jedenfalls erleidet er in der Nacht keine Verstärkung. Man erkennt auch die Natur dieser Anschwellung der Knochen an ihrem Sitze, indem es vorzugsweise die Gelenkenden sind, die von der Rhachitis heimgesucht werden. Dazu kommt die Verbreitung dieser Krankheit auf das ganze Knochensystem, vorzugsweise auf die Schädelknochen, wo die Verwachsung der Fontanellen verzögert wird, und auf den Thorax, dessen Verunstaltung durch die seitliche Abflachung der Rippen mit Vorsprung des Brustbeines und knotiger Verbindung der Rippen mit ihren Knorpeln charakteristisch genug ist.

Die Knochenleiden skrophulöser Natur unterscheiden sich übrigens von denen, die der Syphilis angehören, ganz leicht; nur wenn der Schädel der Sitz ist, wo die Skrophulose

sich selten äussert, während bei Erwachsenen die Syphilis daselbst sehr häufig sich kundthut, wird die Diagnose schwieriger, wie wir das in dem von uns eben mitgetheilten Falle gesehen haben, wo der Zweifel sehr entschieden hervortrat, da beide Diathesen zusammen vorhanden waren. In solchen zweifelhaften Fällen gibt gewöhnlich eine zugleich existirende Krankheitserscheinung irgendwo anders am Knochensysteme durch ihre charakteristische Form genügende Auskunft über die Natur der Diathese, ganz abgesehen von den durch die Anamnese über die Aetiologie und den Verlauf gelieferten diagnostischen Momenten, welche weitere Aufklärung gewähren. So habe ich in diesem Jahre in der Klinik des Kinderhospitales mehrmals ein kleines Mädchen von 18 oder 20 Monaten gezeigt, dessen Stirn- und Schädelwandungen mit 4 oder 5 weichen Geschwülsten besetzt waren, welche weder in Farbe noch in Beschaffenheit der äusseren Haut eine Veränderung darboten. Da nun einerseits bei dem Kinde keine sonstige Spur von Syphilis vorhanden war und da andererseits am Mastoidfortsatze ein Abszess sich gebildet hatte, welcher von selbst aufging, ferner andere kalte Abszesse an einem Faustgelenke und an zwei Fingergelenken hervortraten, da endlich die rübenförmigen Finger*) ganz charakteristisch waren, so konnte über die skrophulöse Natur ein Zweifel nicht obwalten.

Bei Kindern sind, ganz im Gegensatze zu den Erwachsenen, die syphilitischen Knochenleiden, besonders die am Schädel vorkommenden, überaus selten, wogegen skrophulöse daselbst eben so häufig sind, als anderswo. Bei Kindern in dem Alter von 6 Monaten bis 3 Jahren wird man daher Geschwülste am Schädel immer wohl für skrophulös erklären können, selbst dann, wenn anderswo Zeichen von

*) Die rübenförmigen Finger, von den Franzosen „*doigts de radis*“ genannt, haben die eigenthümliche Form, dass die Phalangen, die dem Metakarpus zunächst liegen, gequollen sind, während die äussersten oder Nagelphalangen dünn bleiben und dünn auslaufen. Wir glauben, dass der Ausdruck rübenförmig besser passt als knollig. Dr. Behrend.

Syphilis sich äussern und sonstige Zeichen von Skrophulose sich nicht bemerklich machen.

Bei dieser Verbindung der beiden Diathesen kommen aber so komplizirte Fälle vor, dass bei mangelhafter Kenntniss des ganzen Vorganges und besonders der Verkettung der Symptome es rein unmöglich wird, zu bestimmen, welche Diathese — die skrophulöse oder die syphilitische — die primäre gewesen oder die vorherrschende ist und durch welche die Therapeutik hauptsächlich bestimmt wird. Ich erinnere mich eines Falles dieser Art, wo die Diagnose die grössten Schwierigkeiten darbot.

Zwanzigster Fall. Der junge S. V., ungefähr 10 Jahre alt, kam im Anfange vorigen Sommers aus der Provinz nach Paris, um Herrn Desmarres zu konsultiren; er wurde mir wegen folgenden Zustandes zugeschickt: Von einer gesunden, kräftigen Mutter geboren, welche nach ihrer Behauptung eben so, wie ihr Mann, niemals Skropheln oder Syphilis gehabt hat, bekam er, als er einige Jahre alt war, Erscheinungen, die auf diese beiden Diathesen hinwiesen. Stark aussehend, aber mehr gedunsen, als wirklich kräftig, zeigt er jetzt Folgendes: unregelmässige Geschwüre und Narben des Gaumengewölbes und linken Pfeilers des Gaumensegels, mit Substanzverlust; — üblen Geruch aus der Nase, — Missgestalt derselben durch Eingesunkensein ihres oberen Theiles, so dass man nicht mehr unterscheiden kann, ob die Nasenbeine selbst oder nur die knöcherne Scheidewand, auf welche sie sich stützen, gelitten haben; — ferner chronische Laryngitis, heisere Stimme, etwas rauhen Husten (keine physikalischen Zeichen von Lungentuberkulose); Anschwellung der Unterkiefer- und Halsdrüsen; sehr heftige Ophthalmie, offenbar skrophulösen Charakters.

Bei solchen Zufällen entsteht bei mir die Frage, ob sie denn auch wirklich alle einer einzigen Diathese, entweder der Syphilis oder der Skrophulosis, angehören, oder ob diese beiden Diathesen neben einander bestehen und sich äussern können, und wenn dieses der Fall ist, welche von ihnen die

vorwaltendste Rolle spielt und die grösste Sorge bei der Behandlung in Anspruch nimmt? In den verschiedenen Werken und Schriften findet man wenig oder gar keine Auskunft über diese Fragen.

Waren in dem zuletzt mitgetheilten Falle die Drüsenanschwellung, die Augenentzündung, die Laryngitis und die Affektion der Nasenknochen und des Rachens ausschliesslich der Skrophulose oder der Syphilis beizumessen? Sicherlich haben beide Diathesen hierzu beigetragen, aber nach meiner Ansicht durchaus nicht in gleicher Weise. Die Anschwellung der Unterkieferdrüsen und der Drüsen hinter den Ohren gehören, wie die Ophthalmie bei Kindern, vorzugsweise der Skrophulosis an, wogegen die Ulzerationen im Rachen und die Affektionen der benachbarten Knochen, namentlich des Gaumengewölbes, gewiss von der Syphilis herzuleiten sind. Auch glaube ich die Verunstaltung der Nase durch das Einsinken der Nasenknochen mehr für syphilitisch als für skrophulös halten zu müssen, und zwar deshalb, weil die Skrophulosis, wenn sie auf die Nase sich wirft, mehr ihren unteren Theil und zwar zuvörderst die Haut, dann aber die Knorpel in Anspruch nimmt und diejenige Form darstellt, die wir als Lupus kennen. Was die chronische Laryngitis betrifft, so ist sie in der Kindheit sowohl bei der Syphilis als bei der Skrophulose eine seltene Erscheinung.

Diese Erfahrung nach grösserer oder geringerer Häufigkeit der angeführten pathologischen Veränderungen in der einen oder der anderen dieser beiden Diathesen ist durchaus kein genügender Grund, nur eine derselben als wirksam in diesem Komplex der Erscheinungen anzusehen. Meiner Ansicht nach waren die Veränderungen der weichen Theile des Rachens, wie sie bei unserem kleinen Kranken sich darstellten, der Substanzverlust, die Narben mit Depression der Gaumenschleimhaut mehr die Folgen der syphilitischen Ulzeration, als der skrophulösen. Auch die Mittheilungen, welche mir über den Verlauf der Krankheitserscheinungen gemacht worden sind und aus denen sich ergibt, dass die Veränderungen im Rachen die ersten in der Reihe der Zufälle waren, beweisen dieses. Jedenfalls können wir die Gedanken festhalten,

dass zwei Diathesen zusammen und nebeneinander existiren und ihre Wirkung äussern können, und dass Hr. Ricord Recht hat, wenn er den kleinen Knaben, dessen Krankheitsgeschichte wir zuletzt erzählt haben, analog den Ausdrücken der Chemie, Syphilis-Skrophulat nennt. Nun ist es meiner Ansicht nach nicht hereditäre Syphilis, die gleich mit tertiären Zufällen sich äusserte, sondern erlangte Syphilis, deren primäre und sekundäre Zufälle übersehen oder verkannt worden sind, welche die jetzt vorhandenen Läsionen bei dem Knaben bewirkt hat; sie ist es, welche, wie ich glaube, der Skrophulosis vorangegangen oder sie vielleicht nur zur Entwickelung gebracht hat. Wir haben Aehnliches schon in anderen Fällen erlebt. Die Behandlung wurde auch darnach eingerichtet und nahm Bezug auf beide Diathesen. Ich verschrieb das Jodkalium zu 50—75 Centigrammen täglich und liess zugleich Zinnoberdämpfe und eine Merkurialauflösung mittelst des Respirators in den Hals steigen. Es folgte eine ziemlich merkliche Besserung; die Symptome milderten sich, aber nach Verlauf eines Monates trat Fieber ein, die spezifische Behandlung wurde unterbrochen und ich verlor den kleinen Kranken aus dem Gesichte.

Kurz, es blieb in diesem schwierigen Falle die Diagnose zweifelhaft und die eingeleitete Behandlung gab über die Natur der Krankheit auch keine Auskunft, da die Annahme der Existenz der beiden Diathesen mich zur Anordnung von Mitteln veranlasste, welche gegen die Syphilis wirksam sein konnten und der Skrophulose jedenfalls nicht entgegen waren.

III. Prognose und Behandlung.

Ich habe schon anderweitig auf die Hülfen aufmerksam gemacht, welche aus einem richtigen Verfahren gegen die infantile Syphilis hervorgehen können. Ich habe gezeigt, dass man in prognostischer Hinsicht zwischen den Kindern, welche mit syphilitischen Symptomen bedeckt, welche ein greisenhaftes Ansehen haben und welche bereits tiefgehende Veränderungen in den Eingeweiden an sich tragen und die gewissermassen dem Tode geweiht sind, und denjenigen Kindern einen

Unterschied machen kann, welche anscheinend gesund zur Welt kommen und bei denen erst einige Zeit nach der Geburt die syphilitischen Erscheinungen sich äussern. Während bei Ersteren eine Rettung fast unmöglich ist, kann bei Letzteren eine spezifische Kur Heilung bewirken und bewirkt sie auch in der That meistens sehr rasch. An diese letztere schliesst sich auch die erlangte Syphilis der kleinen Kinder an, welche, früh erkannt und gleich richtig behandelt, in der Regel eine eben so gute Prognose zulässt.

Ueber die Behandlung der infantilen Syphilis will ich mich hier nicht weitläufig aussprechen; nur ganz kurz will ich einige wichtige Punkte berühren.

Soll man ein Kind, welches mit Syphilis behaftet geboren wird, auf der Stelle einer spezifischen Behandlung unterwerfen? Die Antwort ist abhängig von der Intensität der syphilitischen Behaftung. Hat die Syphilis einen sehr tiefen Eingriff in den Organismus gemacht, sind die Zufälle sehr dringend und ist das Leben schon ernstlich bedroht, so wird die Anwendung des Merkurs eher schädlich als nützlich sein; man muss im Gegentheile die Kräfte und die Wärmeerzeugung des Kindes aufrecht zu erhalten suchen und deshalb kräftige Milch, Wasser und Wein, Umhüllung mit Watte anordnen und erst, wenn das Leben des kleinen Kranken etwas mehr gesichert ist, wenn die Symptome, welche auf eine Alteration der inneren Organe hinweisen, sich gebessert haben, kann man mit einer äusseren Anwendung des Merkurs beginnen, aber man wird nur selten dazu kommen, denn der Tod des Kindes ist die Regel, und zwar eine Regel fast ohne Ausnahme.

Wenn aber ein Kind, von anerkannt syphilitischen Eltern entsprossen, bei der Geburt gesund erscheint, soll da, der Vorbeugung wegen, gleich eine spezifische Behandlung vorgenommen werden? Ich meine, da die Syphilis bei dem Kinde durchaus nicht ganz entschieden da sein muss, besonders wenn die Eltern behandelt worden waren, und da durch solche vorbeugende Kur keineswegs der spätere Ausbruch der Syphilis verhindert werden kann, dass es richtiger sei, das Hervortreten der Krankheit erst abzuwarten.

Wenn nun die Krankheit hervorgetreten, wenn syphilitische Symptome sich entwickelt haben, ist es rathsam, die Medikation sogleich zu beginnen oder lieber noch zu warten? Einige alte Autoren fürchten den Einfluss des Merkurs auf den zarten kindlichen Organismus und wollen deshalb, dass die Kur einige Monate, ja noch länger, verschoben bleibe. Ich halte dieses Abwarten für verderblich und zwar ganz besonders bei den schwächlichen Kindern, welche die syphilitische Kachexie leicht anämisch machen und bei denen jede schwächende Ursache Rhachitis und Tuberkulose zur Entwickelung bringen kann. Ich glaube im Gegentheile, dass, je früher und entschiedener man der vorhandenen Syphilis entgegentritt, desto eher man das Kind zu Kräften bringt. In früher Kindheit entwickelt sich, wie ich schon gezeigt habe, die Syphilis sehr rasch aus einer Phase in die andere, und es sind daher Veränderungen in die inneren Organe schon sehr früh zu fürchten.

Es gibt nur wenige Praktiker, welche zur Bekämpfung der Syphilis des Kindes sich bloss mit der Behandlung der Mutter begnügen; sie verlassen sich nicht darauf, dass der der säugenden Mutter beigebrachte Merkur durch ihre Milch hindurch und von ihr gemildert in die empfindlichen Verdauungsorgane des Kindes gelangen und auf diese Weise Heilung bewirken werde. Es scheint, dass dieses Verfahren ehemals sehr in Gebrauch gewesen und Doublet und Faguier gaben ihm den Vorzug in der vollen Ueberzeugung, dass die Milch der Amme, welcher Merkur beigebracht wird, mit diesem Heilmittel sich imprägnire. Die Möglichkeit kann allerdings nicht geläugnet werden, ja es ist sogar von Personne der Beweis geführt worden, welcher in der Milch einer Frau, die seit zwei Monaten täglich 5 Centigr. Protojoduret nahm, wirklich Merkur aufgefunden hat. Freilich kann bei sehr langem Gebrauche einer ziemlichen Dosis irgend eines Quecksilberpräparates dieser Erfolg wohl eintreten, aber man wird jedenfalls zugeben müssen, dass eine solche Merkurialkur nur sehr langsam auf den Säugling einwirken kann, und trotz der von einigen Autoren angeführten Erfolge habe ich dazu nicht mehr Vertrauen, als zu der Heilkraft der Milch einer

Eselin oder Ziege, auf deren Zitzen man Merkurialsalbe eingerieben hat, um jene quecksilberhaltig zu machen*). Indessen kann man allerdings sich fragen, ob diese indirekte Behandlung durch die Säugende nicht noch zur direkten des Säuglinges hinzuzufügen sei.

Wenn ein neugeborenes Kind als syphilitisch erkannt ist, soll es durch die eigentliche Mutter oder durch eine fremde Amme gesäugt werden? Ist die Syphilis des Kindes ererbt, ist dessen Mutter selbst syphilitisch, so ist es ein Vortheil, dass sie von ihrem Säuglinge nicht angesteckt werden kann, aber es entsteht nun die Frage: ob ihre Milch auch gesund genug sei, ob sie Nahrhaftigkeit genug besitze und ob sie nicht noch die Syphilis des Kindes vermehren könne? Wenn nun aber gar die Mutter ganz gesund ist (was übrigens nur selten der Fall), kann sie dann nicht von ihrem Säuglinge angesteckt werden, und muss man ihr dann Merkur geben, um sie vor dieser Ansteckung zu schützen? Diese Frage gilt auch von einer fremden Amme, der man ein mit Syphilis behaftetes Kind an die Brust geben will. Zur Zeit, als man an die Uebertragbarkeit der sekundären Zufälle nicht glaubte, war man mit der Uebergabe von syphilitischen Kindern an gesunde Ammen gar nicht bedenklich, jetzt aber, wo man die Leichtigkeit der Uebertragung der Syphilis von Säugling auf Amme ganz genau kennt, darf man nicht mehr so handeln und kann sich auch nicht einmal damit beruhigen, dass man die Amme einer prophylaktischen Merkurialkur unterwirft. Jedenfalls hat man die sehr ernste Pflicht, die Amme, die ein syphilitisches Kind zu säugen übernehmen will, von den Gefahren zu unterrichten, denen sie mit diesem Geschäfte entgegengeht. Will sie dennoch das Säugen übernehmen, so muss der Arzt jedenfalls alle möglichen Vorkehrungen treffen, um die Ansteckung zu verhüten. Diese Vorkehrungen bestehen ausser der zugleich vorzunehmenden spezifischen

*) Swediaur berichtet, dass er dieses Mittel mit glücklichem Resultate in einer europäischen Regentenfamilie angewendet hat, wo alle Kinder vor Anwendung dieses Mittels sehr jung dahingerafft worden sind.

Behandlung des Kindes vorzugsweise in genauer Beobachtung des Zustandes der Brüste der Amme und der Lippen und Mundhöhle des Kindes. Zeigt sich bei diesem auf der Mundschleimhaut irgend eine Verletzung, so muss man sofort sie kauterisiren. Ebenso muss auch die Brustwarze der Amme recht oft mit adstringirenden oder antiseptischen Flüssigkeiten gewaschen werden; es muss dieses besonders kurz vor dem Säugen und gleich nach ihm geschehen. Auch kann man die Brustwarze durch künstliche Ueberzüge schützen. Hilft das aber Alles nichts, bilden sich Geschwüre oder Risse an den Brustwarzen, so muss man das Säugen ganz aufhören lassen.

Ganz ebenso muss der Arzt verfahren, wenn ein neugeborenes Kind, welches, anscheinend ganz gesund, einer Amme zum Säugen übergeben worden und nach einiger Zeit Symptome von angeerbter Syphilis gewahren lässt. Er muss dafür sorgen, dass die Amme davon Kenntniss erhält, damit sie entweder das Säugen, falls sie will, abweisen oder höheren Lohn dafür verlangen kann, und dass sie die schon angegebenen Mittel brauche, sich gegen die Ansteckung zu schützen. Ist sie aber bereits erkrankt, so muss sie natürlich auch sofort einer spezifischen Kur unterworfen werden, welche alsdann das Gute hat, zugleich auch auf den Säugling zu wirken, der indessen seinerseits auch behandelt werden muss. Verschweigt der Arzt der Amme die Gefahr, in welcher sie beim Weitersäugen des Kindes schwebt, so erfüllt er nicht seine Pflicht und macht sich moralisch und strafrechtlich für die Folgen seines Schweigens verantwortlich.

Die direkte Behandlung des syphilitischen Kindes bleibt immer eine Hauptsache. Die Neugeborenen ertragen in der Regel eine Merkurialkur sehr gut; in mehr als einem Falle sah ich ein solches bleiches, mageres, mit Durchfall behaftetes Kind gerade unter dem Gebrauche des Merkurs schon in wenigen Tagen munterer, kräftiger und beleibter werden, und auch den Durchfall, welcher doch Manchem als eine Gegenanzeige gegen den Gebrauch des Merkurs erscheinen könnte, bald verlieren. Einige anerkannte Autoritäten haben in den genannten Fällen der äusseren Anwendung des

Merkurs mit Ausschluss der inneren das Wort geredet, und zwar haben einige die Merkurialbäder, andere Einreibung von grauer Salbe in der Dosis von 1 bis 2 Grammen auf den Thorax und in die Achselgruben des Kindes angerathen. Cullerier lobte diese Einreibung sehr; er liess sie alle zwei Tage machen und gab in der Zwischenzeit Seifen- oder Sublimatbäder; er behauptet, weder Erysipelas oder sonstige Hautausschläge, die man von diesen Einreibungen fürchten könnte, gesehen zu haben. Der Haupteinwurf aber, den wir gegen dieses Verfahren zu machen haben, besteht darin, dass man niemals genau berechnen kann, wie viel Merkur dabei in den Körper dringt, was doch in der That von grosser Bedeutung ist.

Wir geben gerade aus diesem wichtigen Grunde dem inneren Gebrauche des Merkurs auch bei den kleinsten Kindern den Vorzug und wir gebrauchen dasjenige Präparat, mit dem wir uns schon vertraut gemacht haben. Ich habe die Gewohnheit, den van Swieten'schen Liquor anzuwenden, und zwar in der Dosis von $^1/_2$ bis 1 Kaffeelöffel voll täglich, mit Ammenmilch oder Kuhmilch gemischt. Man kann auch eine Auflösung von Sublimat in destillirtem Wasser mit Zusatz eines passenden Syrups verordnen, so dass jeder Kaffeelöffel dieser Auflösung 5 Milligr. ($^1/_{12}$ bis $^1/_{13}$ Gran) Sublimat enthält. Man gibt nun nach Umständen täglich zweimal einen halben oder einen ganzen Kaffeelöffel voll, je nachdem man mehr oder minder kräftig einwirken will.

Mit grossem Nutzen fügt man zu dieser Behandlung Sublimatbäder hinzu, die man alle zwei Tage nehmen lässt, und zwar thut man in jedes Bad, je nach dem Alter des Kindes, dessen Verdauungsthätigkeit und dessen sonstigen Beschwerden, 1 bis 4 Grammen Sublimat ein. Als Richtschnur kann man annehmen, dass, je besser innerlich der Sublimat ertragen wird, je mehr also innerlich gegeben werden kann, desto weniger äusserlich verwendet zu werden braucht.

Diese Behandlung muss sechs bis zwölf Wochen fortgesetzt werden und es ist rathsam, sie noch mindestens einen Monat nach dem Verschwinden aller Zufälle hinaus zu verlängern.

Für die örtlichen Uebel, wie Schleimplaquen, Koryza, Ulzeration im Munde u. s. w. empfehlen wir den Gebrauch von Streupulvern (z. B. Stärkmehl mit $^1/_{20}$ Kalomel, welches in die Nasenlöcher hineingepustet oder auf die Schleimplaquen aufgestreut wird), ferner Zinnoberräucherungen, dann Bepinselung der kranken Mundstellen mit versetztem van Swieten'schen oder Labarraque'schen Liquor. Auch wird man manchmal bei diesen Mundaffektionen zu grossem Nutzen mit Höllenstein oder Bellost'schem Liquor kauterisiren können.

Erscheint nach einigen Wochen der Magen des Kindes etwas angegriffen, oder gegen das so lange gebrauchte Mittel gewissermassen widerwillig zu werden, so kann man statt dessen das Jodkalium in der Dosis von 5 bis 25 Centigr. täglich geben. Bisweilen wird aber trotz alledem das Kind mit der Zeit immer mehr anämisch und es ist dann rathsam, statt aller übrigen Mittel den Jodeisensyrup zu geben.

Die von uns mitgetheilten Fälle erweisen, wie günstig die hier geschilderte Heilmethode gewirkt hat, und ich kann noch von einigen der kranken Subjekte hinzufügen, dass die erlangte Heilung auch lange nachher noch sich vollständig bewährt hat. Der im Allgemeinen so günstige Erfolg der Merkurialkuren bei ganz kleinen Kindern beruht auf der grossen Lebendigkeit, womit bei ihnen die Resorption des Merkurs vor sich geht. Bei Erwachsenen geht dieselbe im Allgemeinen viel langsamer von statten und es gibt bei ihnen viele Umstände, die ihr entgegentreten; auch hat in der Regel bei ihnen die Syphilis sich tiefer eingewurzelt und ist schwerer auszutreiben, so dass man eigentlich nie wissen kann, ob vollkommene Heilung geschehen sei. Nicht selten treten bei ihnen noch sehr spät und oft ganz unerwartet tertiäre Zufälle ein und diese fortwährend über dem Haupte schwebende Gefahr hat manche Aerzte zu dem Glauben veranlasst, dass Syphilis, wo sie einmal eingedrungen, ganz und gar nicht auszurotten sei, sondern durch die eingeschlagene Behandlung immer nur beschwichtigt werde. Bei kleinen Kindern verhält es sich jedoch viel günstiger; die primären und die sekundären Zufälle werden bei ihnen sichtlich durch Anwendung des Merkurs überall schnell geheilt, und dass diese Heilung

eine gründliche ist, ergibt sich aus der überaus seltenen Nachfolge von tertiären Symptomen.

Schlusssätze.

1) In unserem ersten Falle findet man ein Beispiel von allmähliger und natürlicher Abschwächung der syphilitischen Diathese in mehreren hintereinander folgenden Schwangerschaften, eine Bestätigung des von einigen neueren Autoren aufgestellten Satzes, dass die Syphilis unter günstigen Umständen mit der Zeit sich selbst erschöpfe; ferner ergibt sich auch die Richtigkeit des von Colles aufgestellten Satzes, dass die eigene Mutter eines mit angeerbter Syphilis behafteten Kindes durch das Säugen desselben nicht angesteckt wird, wogegen eine fremde Amme von demselben eine Ansteckung erleidet.

2) Da in den meisten Fällen, wo die Syphilis von dem Säuglinge auf die Amme übertragen worden, Mundaffektionen syphilitischer Natur bei ersterem vorhanden waren, so ist sehr zu vermuthen, dass in unserem ersten Falle doch auch eine solche Mundaffektion existirt habe, aber übersehen worden, und dass die Ansteckung davon ausgegangen und keinesweges durch eine etwa giftige Thätigkeit des Speichels bewirkt worden. Beim Saugen treten allerdings Umstände ein, die eine Ansteckung durch die Mundflüssigkeiten bewirken können; so kann das wiederholte und sich verlängernde Saugen Seitens des Kindes in den Lippen und an der Zunge desselben und auch an der Brustwarze der Amme Risse oder Schrunden erzeugen; die Syphilis kann sich dahinein ablagern und besonders durch das mit dem Speichel sich mischende giftige Blut verpflanzt werden. In anderen Fällen, wie z. B. in unserem zweiten, kann der Ausfluss aus der Nase eines an syphilitischer Koryza leidenden Kindes der Träger der während des Saugens stattfindenden Ansteckung der Amme sein.

3) In dem Falle, wo zugleich bei der Amme und beim Säuglinge die Syphilis sich bemerklich macht, gewährt der Umstand, dass bei ersterer die Krankheit an ihrer Brustwarze begonnen hat, die begründete Vermuthung, dass die Syphilis

vom Kinde ausgegangen sei (3. Fall), wogegen das Fehlen der Affektion der Brustwarze bei der Amme, bei der sich anderswo Symptome von Syphilis zeigen, den sehr starken Verdacht erregt, dass sie die Krankheit zuerst gehabt habe (5. Fall).

4) Wir haben Beobachtungen (unser 5. und 6. Fall), welche erweisen, dass bei Kindern auch erlangte Syphilis durch Küsse oder sonstige innige Berührung vorkommen kann.

5) Die Syphilis ist kein Hinderniss gegen die regelmässige Entwickelung der Vaccine (7. und 8. Fall).

6) Die angebliche Seltenheit der angeborenen oder gleich mit zur Welt gebrachten Syphilis ist nur dann wahr, wenn man den Pemphigus und die Affektionen der Eingeweide, welche intrauterinen Ursprunges sind, nicht in Betracht zieht.

7) Aus der Zusammenfassung einer Zahl von mehr als 200 Fällen, zu denen auch noch die unsrigen kommen, ergibt sich, dass die ererbte Syphilis in nahe der Hälfte der Fälle vor Ablauf des ersten Lebensmonates und in $^7/_8$ der Fälle vor Ablauf des dritten Lebensmonates an dem Kinde zum Vorscheine kommt. Stellt sich demnach die Syphilis nicht vor dem dritten Lebensmonate ein, sondern nach demselben, so ist grosse Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass die Syphilis nicht ererbt, sondern eine dem Kinde zufällig beigebrachte oder erlangte ist, und es ergibt sich ferner der Schluss, dass man wohl thue, behufs der Abimpfung von Vaccinematerie, ein Kind zu wählen, welches mindestens die ersten drei Monate des Lebens hinter sich hat, und endlich ergibt sich auch noch die sehr starke Vermuthung, dass die bei einem Kinde nach dem ersten Jahre des Kindes und mehr noch in der zweiten Kindheit etwa auftretenden tertiären syphilitischen Erscheinungen als die Folgen einer erlangten und nicht einer ererbten Syphilis angesehen werden müssen.

8) Leicht zu fassende Merkmale unterscheiden den syphilitischen Pemphigus kleiner Kinder von dem einfachen. Der Sitz der Bullen an den Handflächen und Fusssohlen und besonders ihr frühzeitiges Auftreten (nämlich gleich bei der Geburt oder in den ersten beiden Monaten des

Lebens) sind die entschiedensten Zeichen der syphilitischen Natur dieses Hautleidens (unser zehnter Fall). Derselbe Sitz an den Handflächen und Fusssohlen bezeichnet auch bei der Psoriasis und dem Herpes circinatus die syphilitische Natur (unser 11., 12. und 13. Fall). Die Onychie ist bei Neugeborenen mehr noch als bei Erwachsenen ein charakteristisches Symptom der Syphilis (unser 18. Fall) und endlich hat das Ekthym wegen seiner Häufigkeit auch in anderen Kachexieen im Gegentheile einen viel geringeren semiotischen Werth (14. Fall).

9) Die Häufigkeit, die sehr ernste Bedeutung der syphilitischen Koryza steht ausser Zweifel (unser 2., 15. und 16. Fall); auch kommt syphilitische Laryngitis vor (in unserem 17. Falle bei einem Kinde von 8 Monaten).

10) Bei den bei kleinen Kindern allerdings sehr selten, aber doch wohl bisweilen, vorkommenden Knochenleiden oder tertiären Zufällen wird die Diagnose, in Folge der Häufigkeit der akuten Rhachitis und der Skropheln in diesem zarten Alter, zumal da beide Diathesen neben einander bestehen können, ziemlich schwierig (unser 19. und 20. Fall). Von den Geschwülsten am Schädel lässt sich besonders sagen, dass sie bei ganz kleinen Kindern, im Gegensatze zu Erwachsenen, weit häufiger skrophulöser als syphilitischer Natur sind.

11) Die Entwickelung der infantilen Syphilis geschieht bisweilen so schnell, dass man mitunter an demselben Individuum die Zufälle der verschiedenen Phasen der Krankheit nebeneinander findet (19. Fall).

12) Bezüglich der Prognose und der Heilbarkeit der infantilen Syphilis muss man zwischen den mit syphilitischen Manifestationen zur Welt gekommenen Subjekten, welche höchst wahrscheinlich auch Erkrankungen innerer Organe an sich tragen, und denen einen Unterschied machen, welche bei der Geburt anscheinend gesund aussehen und erst mehrere Wochen nachher Erscheinungen von Syphilis darbieten. Erstere sind einem sicheren Tode verfallen, letztere dagegen werden in der Regel durch eine frühzeitig begonnene und

wohl überlegte Merkurialkur in verhältnissmässig kurzer Zeit fast immer rasch und sicher geheilt.

13) Eine vorbeugende Behandlung mittelst des Merkurs bei Kindern, die von syphilitischen Eltern geboren sind, gewährt gar keine Sicherheit; man muss die Manifestation der Zufälle abwarten, bevor man zu einer Kur schreitet. Die direkte Einwirkung auf das Kind ist der indirekten, nämlich der durch die säugende Mutter oder Amme hindurchgehenden, entschieden vorzuziehen.

14) Wir geben dem inneren Gebrauche des Merkurs den Vorzug vor dem äusseren Gebrauche und wir haben besonders schöne und rasche Erfolge von der gleichzeitigen Anwendung des van Swieten'schen Liquors (zu 2 bis 5 Grammen täglich) und der Sublimatbäder (4 bis 5 Grammen zum Bade dreimal wöchentlich) gehabt.

II. Gelehrte Gesellschaften und Vereine.

Gesellschaft der Hospitalärzte in Paris.

(Fortsetzung *).

6) Zur Frage über die Frühvaccination der Kinder.

In der Sitzung am 24. Juli 1861 erörtert Herr Barthez die Frage, ob es rathsam sei, die Kinder gleich in den ersten Tagen nach der Geburt zu vacciniren. Diese Frühvaccination ist als gefährlich von Bousquet, Baron und Natalis Guillot verworfen worden; Danyau macht ihr den Vorwurf, dass sie zu erysipelatösen Entzündungen Anlass gebe. Dennoch wird sie jetzt immer in mehreren Hospitälern und anderen Kinderanstalten verübt. Hr. Barthez hat in seiner Funktion beim Todtenbescheinigungsamte mehrmals Leichen von Neugeborenen gesehen, welche die Spuren der frisch vorgenommenen Vaccination an sich trugen und dabei die

*) S. oben S. 273—301.

Anschuldigungen vernommen, welche die Eltern dieser Operation beimassen, der sie die Schuld des frühzeitigen Todes ihrer Kinder zuschrieben. In zwei Fällen hat er es für seine Pflicht gehalten, die Präfektur auf die üblen Folgen der Frühvaccination aufmerksam zu machen, die seiner Ansicht nach verderblich ist. Vielleicht bleiben, so meint er, die Neugeborenen, welche in den öffentlichen Anstalten vaccinirt werden, daselbst nicht lange genug, um die Aerzte zu Zeugen der Zufälle zu machen, welche die Folgen davon sind. Er gesteht indessen, dass die Thatsachen, die er selbst vorbringen kann, nur unvollkommen sind, und dass er nicht im Stande gewesen ist, die krankhaften Zufälle nach der Frühvaccination von Anfang bis zu Ende zu verfolgen. Jedenfalls müsse man dergleichen Fälle sehr genau untersuchen und den nachtheiligen Einfluss der Frühvaccination mit den üblen Folgen, welche von den ächten Pocken bei Neugeborenen etwa herbeigeführt werden, vergleichen. Die Frage ist wichtig genug, um genau geprüft zu werden, und darum legt Hr. B. sie der Gesellschaft vor. — Hr. Legroux erklärt, dass er einer von den Aerzten sei, auf welche Hr. B. hingedeutet hat. Seit mehreren Jahren verübe er in seinem Dienste die Vaccination bei allen Neugeborenen wenige Tage, ja am ersten Tage nach der Geburt. Er ist dazu durch zahlreiche Fälle gekommen, welche der Verwaltung auch bekannt geworden sind und welche beweisen, dass neugeborene Kinder, die aus den Gebäranstalten in die Krippe gebracht worden sind, hierher die Pocken verbreitet haben. Die Vaccination bei Neugeborenen erzeugt allerdings in der Regel sehr grosse, mit einem lebhaften Entzündungshofe umgebene Pusteln, und es ist die Anwendung von Kataplasmen nothwendig, besonders wenn die Impfstiche nicht weit genug von einander gemacht worden sind. Dann geschieht es oft, dass unter dem Einflusse der Kataplasmen oder feuchter Umschläge sich ziemlich tiefe Geschwüre bilden, welche sehr langsam heilen. Hr. L. hat deshalb bei Neugeborenen sich nur mit einem einzigen Impfstiche an jedem Arme begnügt und seitdem hat er üble Zufälle nicht mehr zu beklagen. Die Vaccine entwickelt sich regelmässig, obwohl langsamer als bei älteren Kindern; noch

am 15. Tage gaben die Pusteln impfbare Materie. Von Wichtigkeit ist, dass während dieser ganzen Zeit das Kind von der Mutter gesäugt werde. — Hr. Barthez erwidert hierauf, dass nach dieser Angabe des Hrn. L. bei Neugeborenen die Vaccination im besten Falle viel eingreifender ist, als bei älteren Kindern, und daraus ergebe sich, seiner Ansicht nach, der Schluss, dass, wo nur irgend möglich, diese Operation lieber verzögert werden müsse. Man weiss ja auch, dass schon kränkliche Kinder geneigt sind, bei irgend welcher Erregung in eine Reihe neuer Krankheiten zu verfallen. Die Frühvaccination ist gewiss eine solche heftige Erregung und man müsse sie schon aus diesem Grunde vermeiden. — Hr. Legroux: „Die Frage der Frühvaccination dürfe nicht durch solche allgemeine Sätze, sondern müsse durch Thatsachen entschieden werden. Wenn die Impfpustel noch am 15. Tage besteht, so sind zu dieser Zeit die Entzündungszufälle längst verschwunden. Man dürfe der Vaccine nicht die Folgen beimessen, welche die Nachlässigkeit der Mütter nach ihrem Austritte aus der Gebäranstalt und besonders die Unterlassung des Säugens verschuldet. Man weiss nur zu wohl, wie schwierig es ist, solche Mütter zum Säugen und zu einer sehr genauen Sorgfalt für die Pflege ihrer zarten Kinder anzuhalten. Selbst im Hospitale unter Aufsicht der dienenden Schwestern kostet es grosse Mühe. Wenn irgend etwas in der Gesundheit des Kindes bedenklich erscheint, oder wenn die herrschende Krankheitskonstitution etwas fürchten lässt, so wird jedenfalls mit der Vaccination gezögert, aber sonst ist es von grosser Wichtigkeit, die Kinder schon vor ihrer Entlassung aus dem Hospitale geimpft zu haben, weil sie in ihrer späteren Pflege auch in dieser Beziehung sehr oft vernachlässigt werden. Vor einigen Jahren hat übrigens die Verwaltung in dieser Beziehung aufmunternd sich ausgesprochen.“ — Hr. Behier erklärt, dass auch er in seinem Dienste die Gewohnheit habe, die Neugeborenen zu vacciniren; er behält sie in der Anstalt nicht selten, bis sie zwei Monate alt sind, und er hat niemals üble Zufälle eintreten sehen. Im Gegentheile habe er die Erfahrung gemacht, dass bei den nicht vaccinirten Kindern Erysipelas zwischen

den Hinterbacken mit Pustelbildung daselbst und an den Geschlechtstheilen, die unvernünftigerweise von manchen Eltern der Vaccination zugeschrieben werden, während sie gerade selbst diese Zufälle durch Vernachlässigung und Mangel an Reinlichkeit verschuldet haben, sehr häufig vorkommen. Es sei zu bedauern, dass Hr. Barthez die von ihm wahrgenommenen Thatsachen der Verwaltungsbehörde mitgetheilt habe, statt sie in einer medizinischen Gesellschaft erst durchsprechen zu lassen. Die Vaccination bedürfe in Frankreich noch sehr der Förderung und man müsse sich hüten, unbegründete Anklagen gegen sie zu erheben. — Hr. Barthez erwidert, dass er das nicht gethan, sondern gerade darauf hingewiesen, dass die zu frühzeitige Impfung ihrem Rufe Schaden thue. — Hr. Blache hat die Vaccination der Neugeborenen mehrere Jahre hintereinander im Hospitale Cochin verübt. Er habe oft Zufälle gesehen, wie Induration der Basis der Pusteln, ferner Ulceration der Impfstiche, deren Heilung zwei bis drei Wochen dauerte, ferner gefährliches Erysipelas, besonders unter epidemischen Einflüssen, und er muss zugeben, dass er dergleichen bei älteren Kindern nach der Vaccination nicht beobachtet habe. Auf Bousquet's Rath habe er die Vaccination dann nicht mehr früher vorgenommen, als zu Ende des zweiten Monates. Die Pocken sind nach seiner Meinung nur selten in dieser Lebensperiode und er theilt deshalb nicht die Besorgniss des Hrn. Behier, dass die Neugeborenen deshalb schon früh geschützt werden müssten. — Hr. Hervieux ist auch gegen die Frühvaccination; er macht auf einen anderen Umstand aufmerksam, welcher in der Anstalt für hülfsbedürftige Kinder sich als sehr bedenklich erwiesen hat. Immer, wenn die frühzeitig vaccinirten Kinder mit noch vorhandenen Vaccinepusteln zur Pflege auf's Land geschickt wurden, kamen Klagen über Klagen und man war dann genöthigt, die vaccinirten Kinder so lange zu behalten, bis die Pusteln völlig abgetrocknet waren. Durch diesen längeren Aufenthalt der Kinder inmitten der grossen Stadt und der schlechten Hospitalluft wurde ihr Leben vielfach gefährdet. Er hat übrigens häufig Erysipelas nach Frühvaccination gesehen und er glaubt auch, dass die Kinder in so zartem

Alter durch die Vaccination sehr abgeschwächt werden. Schliesslich wird eine Kommission ernannt, um die Sache näher zu prüfen.

7) Ueber das subpleurale und subkutane Emphysem der Kinder, ein Vortrag von Hrn. Roger.

Wir haben diesen Vortrag vollständig in diesem Journale (Juli — Dezember 1862 S. 305) in deutscher Uebersetzung mitgetheilt und führen hier nur eine Bemerkung von Bouchut an, welcher auf seine Arbeit über die kutanen Lungenfisteln *(Gaz. médic. 1854 p. 123)* aufmerksam macht, wo er mehrere Fälle angegeben hat, die mit denen des Hrn. Roger nahe verwandt sind.

8) Gefährlichkeit gewisser Volksmittel gegen wunde Brustwarzen.

Herr Guerard macht darauf aufmerksam, dass in Frankreich solche Volksmittel gebraucht werden, deren Zusammensetzung eigentlich Niemand kennt. So gebe es ein Geheimmittel, welches auf die wunde Brustwarze aufgepinselt wird und worauf dann noch ein Warzendeckel aus Blei in Anwendung kommt, und es haben sich daraus für den Säugling, der an die Brust angelegt wird, sehr viele Nachtheile ergeben. —

Hr. Bouchut bestätigt dieses; das in Frankreich gegen wunde Brustwarzen berühmt gewordene Mittel ist „Eau de Madame Lacour", von dem auch Cazeaux ganz gute Wirkung gesehen hat. Dieses Wasser soll nicht das Wundwerden der Brustwarzen verhüten, sondern, wenn sie wund sind, sie heilen; es muss mindestens 48 Stunden gebraucht werden. Seine Zusammensetzung ist ein Geheimniss; es scheint essigsaures Blei darin zu sein, allein Hr. Bouchut sieht darin keine Gefahr, falls nur vor dem Anlegen des Kindes die Brustwarze sauber abgewaschen wird. Vorzuziehen gegen wunde Brustwarzen ist aber nach ihm jedenfalls das Verfahren von Legroux, welcher ein Goldschlägerhäutchen mit Kollodion bestrichen aufklebt. Warzendeckel aus Blei sind allerdings verwerflich, aber nicht die aus reinem englischen

Zinn und aus gutem gehörig überzogenen Kautschuk; wogegen die aus geschwefeltem Kautschuk nichts taugen.

9) Neue Bemerkungen über das subkutane Emphysem.

Herr H. Roger sprach in der Sitzung vom 29. Juni 1862 über das subkutane Emphysem, welches durch Gase aus den Verdauungswegen erzeugt wird. Diese Bemerkungen bilden einen Zusatz zu seinem schon früher erwähnten Vortrage. Man weiss, wie bei Thieren, namentlich bei Grasfressern, z. B. beim Pferde, solches Emphysem entsteht. Die Gase können durch Wunden oder auf andere Weise aus dem Darmkanale hinaustreten und durch das Bindegewebe hindurch bis unter die Haut gerathen. Beim Menschen kommt das auch vor, und zwar entweder durch eine Kontinuitätsstörung in den Verdauungswegen oder durch ein Hinderniss gegen das Entweichen der Gase durch die natürlichen Oeffnungen. So hat Demarquay einen Fall angeführt, wo nach der Operation einer Afterfistel sich ein solches Emphysem gebildet hatte. Die natürliche Afteröffnung war durch die Verbandstücke geschlossen und das Gas aus dem Darme drang in das Bindegewebe des Dammes und von da aufwärts unter die Bauchhaut. Hr. R. erzählt nun einen anderen Fall. Bei einem 12 Jahre alten Knaben entstand während des Verlaufes einer tuberkulösen Peritonitis zuerst eine begrenzte Anschwellung in der Blinddarmgegend. Die Haut darüber war etwas geröthet; ferner ergab sich in derselben ein matter Ton und eine merkliche Schwappung mit etwas Schmerz. Im Verlaufe von 8 bis 10 Tagen verlor sich diese Anschwellung, aber es entwickelte sich eine solche noch stärkere in der linken Darmbeingrube. Hier fühlte man deutlich, dass sie mit Luft gefüllt war, und sehr rasch erzeugte sich auch ein Emphysem, das bis hoch nach oben stieg und die eine Seite des Gesichtes und Halses erreichte. Das Kind starb und bei der Untersuchung der Leiche fand man zwei Darmperforationen tuberkulöser Natur, eine am Blinddarme und eine an einer Schlinge des Dünndarmes.

10) Ueber die spontane Entstehung der Masern, des Scharlachs und der anderen fieberhaften Ausschläge.

Verbreiten sich Masern, Scharlach, Pocken u. s. w. immer nur durch Ansteckung, oder bilden sie sich auch selbstständig, ohne dass Ansteckung stattgefunden hat? Diese öfter schon besprochene Frage ist von Hrn. Chauffard von Neuem angeregt worden. Seiner Ansicht nach geht man zu weit, wenn man diese Krankheiten immer nur der Ansteckung beimessen will; ihre rasche und oft plötzliche Verbreitung über einen grossen Landstrich lässt vermuthen, dass sie unter gewissen gegebenen Bedingungen, die uns noch unbekannt sind, an vielen Punkten derselben Ortschaft von selbst hervorspriessen.

Hr. Roger möchte die spontane Entstehung dieser ansteckenden Krankheiten nicht ableugnen, da klinische Fälle genug vorliegen, in denen es unmöglich ist, eine stattgehabte Ansteckung als Ursache nachzuweisen, ganz abgesehen von dem fast trivialen Satze, dass doch Pocken, Scharlach, Masern u. s. w. einmal jedenfalls ohne vorangegangene Ansteckung erstanden sein müssen. Es gibt in der That Epidemieen, wo, wie schon vorher angedeutet worden, man gar nicht umhin kann, das plötzliche Auftauchen einer dieser Krankheiten an unzähligen Punkten derselben Gegend zu gleicher Zeit einer spontanen Entstehung zuzuschreiben. Bei den Hausthieren kann man, wie die Thierärzte angeben, künstlich eine ansteckende Krankheit hervorrufen. —

Hr. R. berichtet von drei Kindern, die alle drei aus verschiedenen Gründen seit längerer Zeit bettlägerig und von jedem Besuche vollständig abgeschnitten waren, — von denen jedoch zwei von Masern, und das dritte, einer anderen Familie angehörig, von Keuchhusten befallen wurde. In diesen drei Fällen konnte auch der leiseste Verdacht einer Uebertragung des Ansteckungsstoffes nicht statthaben. — Auch Hr. Behier hält die spontane Entstehung der genannten ansteckenden Krankheiten für wahrscheinlich. Einige von ihnen treten zu bestimmten Jahreszeiten auf und zeigen sich dann

plötzlich an sehr vielen getrennten Punkten, so z. B. die Masern und das Scharlach in den verschiedenen, weit auseinanderliegenden Pensionsschulen von Paris. — Hr. Empis hält die spontane Entstehung der Pocken, des Scharlachs und der Masern bei uns zu Lande für eine Hypothese. Dass man in sehr vielen Fällen stattgehabte Ansteckung nicht auffinden oder nachweisen kann, lehrt nichts, da wir bei der grossen Flüchtigkeit und Diffusibilität der Kontagien einerseits, und ihrer Haftbarkeit an gewissen Materien oder Gegenständen, so wie ihrer grösseren oder geringeren Haltbarkeit und Standhaftigkeit andererseits noch durchaus nicht darüber im Klaren sind. Dass diese Krankheiten doch einmal spontan entstanden sein müssen, ist richtig, aber das ist kein Grund für die Annahme ihres noch jetzt bei uns möglichen spontanen Ursprunges, denn man darf nicht vergessen, dass Pocken, Scharlach, Masern exotisch sind und von heissen Ländern zu uns geschleppt wurden. Dazu kommt, dass selbst bei einem Kranken, dessen äussere Verhältnisse der Arzt ganz kennt oder über den er ganz genau unterrichtet wird, doch noch nicht gesagt werden kann, es sei weder durch ein Kleidungsstück, ein Stück Wäsche, ein Geräth, noch durch den Arzt selbst der Ansteckungsstoff aus neuester oder aus älterer Zeit eingeschleppt worden*). — Hr. Roger hält den exotischen Ursprung des

*) Vor drei Jahren herrschte in Berlin das Scharlach. Einer Familie wurde für das scharlachkranke Kind von einer anderen in weit entfernter Gegend wohnenden Familie B. ein sogenanntes Steckbecken (ein Untersatz zur Verrichtung der Nothdurft) aus Zinn mit einem darüber liegenden Lederkranze geliehen. Nach 5 Wochen wurde das Geräth wohl gereinigt wieder zurückgegeben und blieb 13 Monate auf dem Boden liegen, eingewickelt in einer wollenen Bettdecke. Nun erkrankte in der Familie B. ein kleines Mädchen von 7 Jahren an einem mit gastrischen Beschwerden verbundenen remittirenden Fieber; es gesellten sich dazu Gehirnsymptome und es wurde jenes Steckbecken mit wollener Decke herbeigeholt, um Beides für die kleine Kranke zu benützen. Die Krankheit ging vorüber, das Kind war in Genesung, aber war noch nicht aus dem Bette. Da bekommt es eines Morgens, ohne

Scharlachs und der Masern nicht für erwiesen; er glaubt, man habe bloss bis zu einer gewissen Zeit die Krankheiten nicht zu unterscheiden verstanden. — Hr. Chauffard glaubt, dass, wenn Scharlach und Masern selbst exotischen Ursprunges wären, doch darin kein Grund liege, die Möglichkeit ihrer spontanen Entstehung bei uns in jetziger Zeit zu bestreiten. Man habe ja das bei der sogenannten asiatischen Cholera erlebt, die nach ihrer ersten Einschleppung fast an den meisten Orten von selbst entstand. Hr. Guerard nimmt an, dass, wenn eine von diesen Krankheiten auch gerade nicht anwesend zu sein scheine, doch ihr Keim stets irgendwo in der Bevölkerung still und latent sich befinde und dass nur die passenden und günstigen Einwirkungen zu kommen brauchen, um diese Keime überall zur Entwickelung zu bringen und eine Epidemie zu erzeugen. Worin diese günstigen Entwickelungsmomente bestehen, wissen wir nicht; die Jahreszeiten sind gewiss nicht ohne bestimmenden Einfluss. Fehlt diese Begünstigung, so kommen wohl vereinzelte Fälle von Scharlach, Masern oder Pocken vor, — aber es kommt nicht bis zur Epidemie. Diese sporadischen Fälle erscheinen dem Unkundigen dann als von selbst, ohne alle Ansteckung entstanden, sind es aber in der That nicht.

11) Wiederholte halbseitige Gesichtslähmung bei Kindern.

Bei zwei Kindern wiederholte sich im Verlaufe von 5—6 Jahren die halbseitige Gesichtslähmung vier- bis fünfmal. Es waren das Bruder und Schwester, deren Vater und Mutter Geschwisterkinder waren. Die Lähmung wechselte von einer Gesichtshälfte auf die andere. Hr. Archimbault, der diesen Fall mittheilt, weiss keine Ursache anzugeben. Vermuthlich ist die Lähmung rheumatischen Ursprunges. Der

---

dass man es sich zu erklären weiss, starkes Fieber, Kopfschmerz und zwei Tage darauf ist das Scharlach deutlich. — Nirgends herrschte zu derselben Zeit diese Krankheit und Anfangs glaubte man an ein spontanes Entstehen, bis die Rede auf jene Geräthe kam. Behrend.

Knabe hatte beim ersten Anfalle einige Gehirnsymptome gezeigt. Er bekam ein Abführmittel; darauf stellten sich choleraartige Zufälle ein, dazu gesellten sich starke Gehirnsymptome; es folgte endlich Lähmung der entgegengesetzten Körperhälfte und mit dieser sich kreuzenden Paralyse starb der Knabe in drei Tagen. Die Leichenuntersuchung konnte leider nicht gemacht werden, aber Hr. A. zweifelt nicht, dass es eine Gehirnaffektion war, die ihren Sitz um die Protuberanz hatte. Wie lässt sich nun bei Kindern solche auf Gehirnaffektion beruhende Lähmung von der sogenannten essentiellen oder idiopathischen unterscheiden? Welche Prognose gibt es für die noch lebende Schwester dieses Knaben? — Hr. H. Roger bemerkt, dass der mitgetheilte Fall mit der allgemeinen Regel stimmt, nach welcher die rheumatischen Hemiplegieen bei Kindern selten sind, während sie viel häufiger symptomatisch, d. h. die Aeusserungen von Gehirntuberkulose, sind.

12) Syphilis infantilis.

Hr. H. Roger hatte vor Kurzem ein $2^1/_2$ Jahre altes Kind zu behandeln, welches die Leistengegenden, den Hodensack und den After mit sogenannten Schleimplaquen dicht besetzt hatte. Das Kind ist in Pflege bei einer Frau, welche weder seine Mutter noch seine Amme ist und an Syphilis im hohen Grade leidet; sie hat syphilitische Tuberkeln auf der Stirne und auf den Unterschenkeln und eine Exostose. Andererseits konnte wohl angenommen werden, dass auch die Mutter des Kindes und besonders der Vater an Syphilis gelitten hatten, obwohl bestimmte Beweise nicht vorlagen. Hr. R. fragt sich, woher die Syphilis beim Kinde gekommen sei? Ist sie angeerbt oder erlangt? Man weiss, dass die erstere selten erst nach dem sechsten Monate des Lebens zum Vorscheine kommt. Ist sie also bei dem Kinde später hervorgetreten, so ist sie höchst wahrscheinlich ihm zufällig beigebracht und dann fragt es sich wieder, auf welche Weise dies wohl geschehen sein möge? — Hr. Bourdon glaubt, dass die Krankheit wohl von den Eltern des Kindes komme; er hat selbst Geschwüre am Gaumensegel gesehen, welche

Ricord der hereditären Syphilis zugeschrieben hat. Ricord glaubt auch, dass die Syphilis, die angeerbt worden, bei Kindern allmählig sich in wirkliche Skrophulosis umwandeln könne. — Hr. Roger erwidert, dass die erbliche Uebertragung tertiärer Syphilis nicht zweifelhaft ist. Im Betreffe der sekundären Zufälle ist es aber anders. Wenn Ricord gelehrt hat, dass die Manifestation der angeerbten Syphilis bis 2, 3, 10 und selbst 20 Jahre oder gar noch später nach der Geburt sich verzögern kann, so ist das entweder ein Irrthum oder eine höchst seltene Ausnahme; in der Regel kommt diese Krankheit, wenn sie angeerbt ist, in den ersten 6 Monaten des Lebens zum Vorscheine. Was nun das Kind betrifft, von dem eben die Rede war, so glaubt Hr. R. aus dem Sitze der Schleimknoten schliessen zu müssen, nicht nur, dass die Syphilis erlangt ist, sondern dass auch Päderastie stattgehabt hat. Ueber den letzteren Punkt entsteht einige Debatte; man will nicht zugeben, dass gerade an Päderastie zu denken sei, da namentlich in den unteren Klassen, wo die Kinder mit den Erwachsenen eng zusammenliegen, die Syphilis auch auf mannichfache andere Weise auf erstere übertragen werden kann, und man nicht immer gleich an dergleichen schändliche Handlungen zu denken braucht.

13) Empyem, fünfmalige Punktion, Heilung.

Ein kleines Mädchen von $8^1/_2$ Jahren, von Herrn Roger vorgestellt, war, mit Ausnahme von etwas Bronchitis, immer gesund gewesen. Zwei Brüder dieses Kindes sind tuberkulös. Am 3. Dezember kam es in das Kinderhospital mit einer seit 14 Tagen bestehenden Pleuritis der rechten Seite. In der rechten Lunge Pneumonie und links Broncho-Pneumonie; hoher Grad von Dyspnoe, 76 Athemzüge, 160 Pulsschläge, Kälte der Gliedmassen; vollständige Dämpfung des Perkussionstones an der rechten Seite des Thorax und röhrenartiges Pusten (souffle tubaire), welches nach oben hin sogar einen amphorischen Klang annahm. Die Thorakentese schien sehr nothwendig zu sein, allein in Betracht des schlechten Allgemeinzustandes wurde sie auf zwei Tage verschoben. Während dieser Zeit wurden ein Blasenpflaster, Senfteige und innerlich eine

Mischung mit essigsaurem Ammoniak verordnet. Am zweiten Tage wurde die Punktion mit einem Troikar gemacht, ohne vorherigen Einschnitt, welcher erste Akt sehr schmerzhaft und bei Kindern überflüssig ist. Abgezogen wurden 1500 Grammen eines grünlichen wohlgebundenen Eiters. Kein übles Symptom folgte und Auskultation und Perkussion liessen erkennen, dass die Pleura vollkommen geleert war und dass die Lunge vollständig ausgedehnt und mit Luft sich gefüllt hatte. Die erlangte Besserung dauerte jedoch nur kurze Zeit, denn am sechsten Tage nachher war der Erguss wieder vorhanden und eine zweite Punktion zog abermals 1500 Grammen Eiter ab. So wurden nach verschiedenem Wechseln binnen fünf Wochen fünf Punktionen gemacht; man entschloss sich endlich, auf die letzten eine Jodeinspritzung folgen zu lassen. Trotz der grössten Vorsicht drang doch während der Operation von Aussen Luft in die Pleura ein; man hörte deutlich das Eindringen dieser Luft, die nach der Injektion in grossen Blasen durch die Kanüle wieder austrat. Weitere üble Folgen traten aber nicht ein und es ging Alles ganz gut.

Trotz des Beispieles von Legroux, welcher in einem der Gesellschaft vorgezeigten Falle die Punktion 23 mal hintereinander gemacht hat, zieht Hr. Roger es doch vor, eine silberne Kanüle liegen zu lassen. Diese Kanüle ist fast so gestaltet, wie die bei der Tracheotomie, von der sie sich nur durch ihre Grösse unterscheidet; sie hat zwei Seitenflügel zur Aufnahme von Befestigungsbändern und ist aussen mit einem Stöpsel versehen. Zweimal täglich wurden Einspritzungen gemacht, und zwar zuerst reinigende mit verdünntem Labarraque'schen Liquor und dann mit Jodlösung. Die Injektionsspritze wurde später durch einen Eguisier'schen Irrigator ersetzt, auf dessen Röhrchen ein kleineres Kautschukrohr aufsitzt, welches genau in die Oeffnung der silbernen Kanüle hineinpasst. Der erste Versuch erzeugte ein zu plötzliches Zurückdrängen der Lunge, so dass Bewusstlosigkeit, Krämpfe und Delirium entstanden, aber später als man Sorge trug, den Strahl in seiner Heftigkeit zu mildern, unterblieben diese Zufälle. Die Wirkung war, dass die Eiter-

sekretion, welche bei jedem Verbande ungefähr 120 Grammen ergab, allmählig abnahm und gegen Ende Februar, beinahe zwei Monate nach Einsetzung der Kanüle, nur noch 30 bis 40 Grammen lieferte. Ein hektisches Fieber, das anfänglich vorhanden war, minderte sich; das Kind besserte sich zusehends, hatte Appetit und stand alle Tage auf, aber ein beträchtliches Eingesunkensein der rechten Seite verblieb noch.

Von dieser guten Wirkung ermuthigt, versuchte man die Kanüle zu entfernen, worauf die Wunde sich schnell schloss, aber 8 Tage später trat ein ernster Rückfall ein; der Erguss erzeugte sich nämlich wieder und man wollte eine sechste Punktion vornehmen, als am 1. April die Stelle sich von selbst öffnete und einen Ausfluss von etwa 500 Grammen eiteriger Materie ergab. Die Kanüle wurde wieder eingesetzt und die Injektion eifrig wiederholt. Die Zufälle verloren sich von Neuem und am 14. Mai konnte man dazu schreiten, die Kanüle zu entfernen und statt ihrer einen dünnen Docht einzulegen, welcher jedoch auch nach wenigen Tagen weggenommen werden konnte. Die Wunde vernarbte von Neuem und dieses Mal mit entschieden gutem Erfolge.

Aus dieser Beobachtung kann man folgende Schlüsse ziehen:

1) Die Wichtigkeit und zugleich die Schwierigkeit, in dringenden und besonders komplizirten Fällen sich rasch für die Thorakentese zu entscheiden.

2) Der Vortheil, bei Kindern die Punktion in einem einzigen Akte ohne vorgängigen Einschnitt zu machen.

3) Die fast konstante Nothwendigkeit, bei Empyemen mehrere Punktionen hintereinander zu machen.

4) Die Schwierigkeit, das Eintreten von Luft in die Pleura zu verhüten, und die häufige Unschädlichkeit dieses kleinen Zufalles.

5) Die Erscheinungen, welche die Gegenwart von Luft in der Pleura kundthun, von denen namentlich die stethoskopischen schwer zu erklären sind und mit denen des Hydropneumothorax analog sich zeigen.

6) Die rasche Bildung von Abweichungen der Wirbel-

säule, welche sich so krümmt, dass sie nach der kranken Seite hin konkav wird, dann aber die rasch eintretende Geraderichtung der Wirbelsäule nach Beseitigung des Empyemes.

Hr. Martin fragt, ob das Liegenlassen einer Kanüle bei Kindern in der Regel ein besseres Resultat gebe als bei Erwachsenen? Beim Empyem der Letzteren habe sich dieses Verfahren immer als schlecht erwiesen; es bewirkt viele üble Zufälle und der Tod ist der gewöhnliche Ausgang in den Fällen von eiternder Pleuritis gewesen, wo von der ersten Punktion an eine bleibende Kanüle eingelegt worden. Die Methode, mehrere Punktionen hintereinander zu machen, sei anerkanntermassen viel besser und die bleibende Kanüle hat nur in den Fällen Erfolg gebracht, wo der Thorax vorher schon mehrmals vollkommen entleert worden war. Wahrscheinlich bildet sich unter diesen Umständen ein allmähliger Rückgang der Entzündung, wodurch die Kommunikation des Pleurasackes mit der äusseren Luft weniger gefährlich wird. Es ergibt sich dieses auch daraus, dass eine sorgfältige Verstopfung der bleibenden Kanüle augenblicklich nach Entleerung der Flüssigkeit von grösstem Einflusse auf den guten Erfolg ist.

Hr. Roger erwidert, dass im Kinderhospitale die Punktion des Thorax wegen Empyemes im Ganzen zu selten gemacht worden ist, um eine Vergleichung zu ziehen. Uebrigens werde man wohl nie gleich nach der ersten Punktion eine bleibende Kanüle einlegen wollen, da man immer erst wissen müsse, ob der Erguss sich auch wiederholen werde. Erst wenn dies mehrmals geschehen, ist das Einlegen der Kanüle indizirt. Bis jetzt besitzt man drei Fälle von Erfolg: einen von Legroux, einen von Trousseau und den jetzt mitgetheilten.

14) Empyem veranlasst durch einen eingedrungenen fremden Körper.

Hr. Bouvier zeigt das anatomische Präparat aus der Leiche eines 8 Jahre alten Knaben, welcher an einer eiternden Pleuritis, die durch Eindringen eines kleinen Stabhütchens von einem Regenschirme in die Athmungsorgane verursacht worden war, zu Grunde gegangen ist. Ein solches Hütchen,

welches bekanntlich auf jedem Ende der Stäbe eines Regenschirmes sitzt, und welches entweder aus Blech oder Elfenbein gefertigt ist, hat die Form eines kleinen Kegels; der Knabe hatte ein solches elfenbeinernes Hütchen in den Mund genommen und während des Spielens gerieth ihm dieser fremde Körper in die Luftröhre, drang hinab bis in den linken Bronchus und verstopfte denselben vollständig. An der genannten Stelle entstand eine Ulzeration, durch welche der fremde Körper durchdrang und in unmittelbare Berührung mit der Lungentextur kam. Die ganze linke Lunge wurde in Folge dessen von einer grossen Menge kleiner Eiterheerde durchzogen und die Entzündung hatte sich bis auf die Pleura fortgepflanzt und es hatte sich Eiter ergossen, von dem man ungefähr ein Litre in einem durch feste Adhäsionen beschränkten Raume oberhalb des vierten Interkostalraumes angesammelt fand. Die ganze Basis der Lunge war mit der Brustwand fest verwachsen. In der rechten Lunge und Pleura fand sich nichts Krankhaftes, wohl aber im Herzbeutel, wo eine grosse Menge klarer Flüssigkeit mit neugebildeten dicken falschen Membranen angetroffen wurde.

Die Symptome während des Lebens waren eigenthümlich. Gleich nachdem der fremde Körper in die Luftröhre eingedrungen war, entstand ein furchtbarer Erstickungsanfall, welcher vorüberging und ein fortwährendes Hüsteln zurückliess. Am Tage darauf bekam der Knabe ein sehr starkes Fieber und fühlte links in der Brust einen lebhaften Schmerz, welcher bis zum Bauche hinabstrahlte. Bei seiner Aufnahme in das Hospital, sechs Tage nachher, konstatirte man an der kranken Seite der Brust eine viel stärkere Dämpfung oben als weiter unten, ferner Fehlen des Athmungsgeräusches, etwas pustendes Athmen, am Gipfel der linken Lunge nach der Achselgrube zu ein leises subkrepitirendes Rasseln, aber weder Aegophonie noch Bronchophonie. Rechts dagegen Steigerung des Athmungsgeräusches und des Perkussionstones. Das Herz schien etwas nach der Seite gedrängt zu sein. Puls 148; Respiration 68; starke Hitze, grosse Angst. Man diagnostizirte eine linke Pleuritis mit Erguss und wahrscheinlich Pleuro-Pneumonie. Die Gegenwart eines fremden Körpers

erschien jedoch problematisch. Man verordnete ein Brechmittel, Senfteige und so weiter. In den folgenden Tagen ging die Dämpfung des Perkussionstones noch weiter; das Allgemeinbefinden war schlecht; grosse Prostration, sehr lebhaftes Fieber, Haut trocken und fahl aussehend, zunehmende Abmagerung, endlich hektisches Fieber. Mehrere Blasenpflaster, Abführmittel, Tonica nützten nichts und am 22. Tage glaubte man die Punktion machen zu müssen; diese ergab aber nur einige Tropfen Blut und bei der Leichenuntersuchung fand sich, dass der Troikar in das Lungengewebe und nicht in den Eiterheerd eingedrungen war. Unmittelbar erzeugte die Punktion keine üblen Zufälle, aber das Kind starb am 32. Tage unter zunehmender Dyspnoe und Entkräftung.

15) Perforation des Wurmfortsatzes und Blinddarmes in Folge von Enterolithen.

Hr. Roger berichtet, dass zu ihm vor Kurzem ein im Sterben liegendes Kind von $5^1/_2$ Jahren in das Kinderhospital gebracht worden; es war ein kleines Mädchen, das zwei Stunden nachher starb. Die Krankheit hatte mit Fieber und wiederholtem Erbrechen begonnen, darauf kam Kyanose und zunehmendes Kaltwerden. In der Leiche fand man die Beweise einer sehr heftigen Peritonitis, nämlich Eiterguss, falsche Membranen, dann Röthung des Darmes und des Netzes. Der Ausgangspunkt war der Wurmfortsatz des Blinddarmes, welcher wohl dreifach vergrössert, bläulich-roth, mit falschen Membranen bedeckt war und in seiner Mitte zwei kleine Löcher zeigte, welche zweien Enterolithen von Form und Grösse eines Kirschkernes entsprachen. Diese dort sitzenden Enterolithen bestanden aus Schichten und waren aus organischen Materien zusammengesetzt, welche fast ganz der Galle angehörten und zu denen sich etwas kohlensaurer und phosphorsaurer Kalk und Magnesia zugemischt hatte. Ein kleiner fremder Körper bildete nicht, wie es sonst wohl der Fall zu sein pflegte, den Kern dieser Enterolithen; so z. B. in einem Falle, den Barthez mitgetheilt hatte und wo ein Rosinenkern in der Mitte der harten Masse gefunden worden war. Blosse Konkretionen aber, wie in dem obigen Roger'-

schen Falle, bilden sich in der Kindheit sehr selten. — Hr. Behier erinnert an einen schon mitgetheilten Fall, wo der Wurmfortsatz durch drei Schrotkörner, die ein Mensch verschluckt hatte und die bis in den Darm hinabgelangt waren und in dem genannten Fortsatze sich festgesetzt hatten, eine geschwürige Perforation bewirkten. Die Schrotkörner hatten im Darme lange Zeit ohne Nachtheil gelegen, aber dann war ein typhöses Fieber hinzugekommen, die Darmschleimhaut erkrankte und nun bildete sich eine Perforation, die den Tod zur Folge hatte. — Hr. Guerard erzählt einen ähnlichen Fall und es ergibt sich daraus die Nothwendigkeit, streng darauf zu achten, namentlich bei Kindern, dass Kerne von Kirschen, Melonen, Rosinen u. s. w. nicht verschluckt werden; wenn auch sehr oft dadurch kein Nachtheil entsteht, indem die verschluckten Kerne durch den Mastdarm wieder abgehen, so können sie doch auch sehr leicht im Blinddarme und Wurmfortsatze sich verfangen und den Tod herbeiführen. Sie umlagern sich dann oft mit Kalkmasse und bilden so Enterolithen, welche Perforation und Peritonitis veranlassen.

(Schluss folgt.)

III. Bibliographie.

Notizen über chirurgische Pädiatrik von P. M. Guersant, Ehrenwundarzt im Hospital „für kranke Kinder", Ehrenmitglied der chirurgischen Gesellschaft zu Paris. — Deutsch von Dr. H. Rehn in Hanau. Erste Lieferung. Erlangen 1865, bei Ferd. Enke. 8. 81 Seiten.

Eine eingehende Analyse geben wir nicht, die wir verschieben, bis die folgenden Hefte in unseren Händen sind. Die Herren Verleger pflegen sehr häufig nur das erste Heft zur Belobigung einzusenden und wenn diese Belobigung erlangt ist, die folgenden Hefte gemüthlich zurückzubehalten, vermuthlich damit der Herr Rezensent genöthigt sei, sich

diese für sein Geld anzuschaffen und sich das Werk zu vervollständigen. Dazu aber haben wir keine Neigung, rathen jedoch, dieses erste Heftchen ernstlich in Betracht zu ziehen, da es sehr gute und praktische Dinge enthält, die mehr oder minder in diesem unseren Jounale schon figurirt haben. Es enthält 11 Abschnitte von grosser Wichtigkeit, ist ganz vortrefflich übersetzt, auch anständig ausgestattet und verdient in den Händen jedes beschäftigten Kinderarztes zu sein.

Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie mit Einschluss der topographischen Anatomie, Operations- und Verbandlehre. Mit 136 Kupfertafeln, 52 lith. Umrisstafeln und zahlreichen Holzschnitten. Bearbeitet von Dr. Agatz in Augsburg, Prof. Dr. Billroth in Zürich, Dr. H. Demme in Bern, Prof. Dr. Esmarch in Kiel u. s. w. u. s. w. redigirt von Dr. v. Pitha, Prof. der Chirurgie in Wien, und Dr. Billroth, Prof. der Chirurgie in Zürich. Erster Band. Erste Lief. Erlangen, Verlag von Ferd. Enke. 1865. 8. 352 Seiten.

Dieses gewiss sehr wichtige Werk werden wir dann erst genau besprechen und empfehlen können, wenn uns die übrigen Hefte desselben zugesendet sind, da wir, wie wir schon oben erwähnt haben, dabei bleiben müssen, uns nicht durch das erste Heft, das uns vom Verleger zugesendet wird und uns etwa antreiben soll, die folgenden Hefte selbst zu kaufen, zu einem Urtheile verleiten zu lassen.

Des alten Doctor Stiebel Jubeldissertation für Aerzte, Erzieher und Kinderpfleger. Frankfurt a. M., J. D. Sauerländer's Verlag, 1865. 8. 100 Seiten.

Das ist eine neue, aber ganz hübsche Art, durch eine freiwillige Dissertation sein eigenes Jubelfest zu feiern. Der ehrwürdige hochgeschätzte, uns so werth gewordene Jubilar, oder, wie er sich selbst hier auf dem Titelblatte nennt: „Der alte Dr. Stiebel", erinnert sich, dass er vor einer langen

Reihe von Jahren eine Doktordissertation hat schreiben müssen und will nun derselben Hochschule, nämlich der Georgia Augusta in Göttingen, am Abende seines Lebens ein Dankopfer darbringen. Zwar sind die Lehrer längst dahingegangen, die ihn als Jüngling geführt hatten und andere sind an ihre Stelle getreten, aber der Geist der Wissenschaft lebt noch an demselben Orte und arbeitet fort und fort zum Gedeihen der Menschheit. Die Schrift, welche dieses Dankopfer trägt, verbreitet sich über vier sehr wichtige Punkte, welche man sonst nur wenig besprochen findet. Wir wollen diese Punkte spezifiziren, damit unsere Leser sofort eine Ahnung von der Art und Weise bekommen, wie rüstig Hr. Stiebel sich bewegt und wie sinnvoll seine Auffassung ist.

I. Gehirndiätetik der Säuglinge und kleinen Kinder (Miniatur-Psychologie) und zwar 1) Von der Alimentation des Gehirnes in Bezug auf die gemüthliche Richtung. 2) Diätetik in Bezug auf Beschränkung des Begehrungstriebes und Erweckung einer kräftigen Widerstandsfähigkeit gegen die äusseren Einflüsse. 3) Klüftung, Kombination und Distinktion. Gehirnorgane. 4) Die Träume. 5) Kombiniren, Distinguiren, Denken und Sprechen. 6) Persönlichkeit, Ich, Gehirndiätetik in Bezug auf Egoismus. 7) Phantasie. 8) Verstand, Vernunft, Seele, Geist.

II. Rathschläge für angehende Kinderärzte, und zwar: Ueber die nothwendige Befreundung des Arztes mit dem gesunden Kinde und dessen Pflege.

III. Warum die Säuglinge schreien, und zwar: 1) Ein Hauptgrund des unsymmetrischen Rückens; 2) wie der Schuh drückt.

IV. Ueber das Verhalten bei hitzigen Ausschlagskrankheiten der Kinder.

Wenn man diesen Inhalt überblickt, wird man sich sagen müssen, dass Hr. Stiebel sich in die Position gesetzt hat, auf die an ihn, vielleicht von der Universität, bei seinem Jubeljahre gerichtete Frage: „Alter Junge, hast Du auch was gelernt?“ — diese Frage, die er auf dem ersten Blatte selbst an sich richtet — wohl beantworten zu können. Schon im ersten Abschnitte finden wir einen vortrefflichen Beitrag

zu der noch gar nicht bearbeiteten Psychologie des kindlichen Alters von dem ersten Beginne des geistigen Lebens bis zur weiteren Reifung. In welcher Reihenfolge entwickeln sich die Seelenthätigkeiten? Wodurch fängt das Kind an, geistig mit der äusseren Welt in Verbindung zu treten? Durch welchen Sinn wirkt die geistige Welt zuerst auf das Seelenleben des Kindes? Durch das Auge oder durch das Ohr? Wie werden diese ersten Sinneseindrücke empfangen und welche Folgen haben sie? In welcher Wechselwirkung steht die psychische Erregung des Lebens zum physischen Ausbau seines Gehirnes, seiner Kopf- und Gesichtsformation und seiner ganzen körperlichen Entwickelung? Welche Pflichten ergeben sich für die Eltern oder Pfleger des ganz kleinen Kindes aus der Kenntniss dieser Verhältnisse? Diese und ähnliche Fragen sind hier, wenn auch nicht erschöpfend behandelt, doch eingehend besprochen, und es finden sich viele vortreffliche Winke, wie mit dem Kinde von der Geburt an bis zu der Zeit seiner eigentlichen Schulerziehung nach dieser Richtung hin zu verfahren sei. Wir selbst haben Manches hier gelernt und müssen die Leser auf diesen Abschnitt verweisen, der ihnen gewiss viel zu denken geben wird.

Auch der zweite Abschnitt, welcher Rathschläge für angehende Kinderärzte enthält, ist werthvoll. Es ist eine Kunst, mit ganz kleinen Kindern, die dem Arzte ganz fremd sind, gehörig umzugehen. Mancher junge Arzt hat eine gewisse Naturgabe, diese kleinen Wesen sich sogleich zu befreunden; mancher andere aber kommt nie mit ihnen zurecht und er muss erst nach und nach diese Kunst zu erlangen suchen; er wird in dem Wenigen, was Hr. Stiebel hier sagt, manchen guten Anhaltspunkt finden.

Der dritte Abschnitt ist eigentlich mehr für Mütter und Erzieher geschrieben, als für Aerzte, wie überhaupt das ganze Schriftchen auch diesen zu grossem Nutzen in die Hände gespielt werden kann.

Im vierten oder letzten Abschnitte endlich bespricht Hr. Stiebel mehrere noch in Bezug auf die hitzigen Ausschlagskrankheiten bei Kindern herrschenden Vorurtheile und zwar 1) das Vorurtheil, dass der Ausschlag die Krankheit sei,

2) dass er zurücktreten könne, 3) dass er herausgetrieben werden müsse, 4) das Erkältungs-Vorurtheil und 5) das Vorurtheil über die Entstehung der Wassersuchten.

Finden wir Aerzte auch in diesen letzteren Abschnitten nichts Neues, so haben wir dem Hrn. Stiebel doch zu danken, dass er aus seiner reichen Erfahrung alle diese Punkte in gemüthlicher Weise bespricht und wir würden uns was Bedeutendes versprechen können, wenn er nicht bloss rhapsodisch, sondern in streng wissenschaftlicher Durcharbeitung diese und ähnliche Punkte der ärztlichen Welt vorführen wollte.

Register zu Band XLIV.

Abdominaltyphus 331.
Abelin in Stockholm 35, 364.
Afterbildung, künstliche, wo zu machen? 155.
Alalie 331.
Ammonium aceticum, dessen gute Wirkung gegen Krup 267.
Angeborene Krankheiten s. dieselben.
Aphthen 318.
Apoplexie s. d. betr. Organe.
Ausschläge, fieberhafte, deren spontane Entstehung 454; A— s. die betreffenden.

Berichtigung 319.
Billroth in Zürich 465.
Blache in Paris 246.
Blinddarm und Wurmfortsatz, deren Perforation in Folge von Enterolithen 463.
Brustwarzen, wunde, Gefährlichkeit gewisser Volksmittel dagegen 452.
v. d. Busch in Bremen 35, 208.

Chinesen, deren Kinderkrankheiten 79.
Chirurgie, allgemeine und spezielle, Handbuch darüber 465.

Därme s. die betreffenden.
Depaul in Paris 338.
Diphtherische Paralysen 273, 293.

Emphysem, subkutanes 452, 453; E—, subpleurales 452.
Empyem veranlasst durch einen eingedrungenen fremden Körper 461; E—, fünfmalige Punktion, Heilung 458.
Enterolithen, dadurch bewirkte Perforation des Wurmfortsatzes und Blinddarmes 463.
Entzündung s. die betreffende.
Epidemieen s. die betreffenden.
Ernährung, zu starke, deren Einfluss bei Neugeborenen 254.
Esmarch'sche Operation zur Beseitigung der Unbeweglichkeit des Unterkiefers 145, 161.

Fersenbein, Karies desselben, weisse Geschwulst des linken Fussgelenkes, Heilung nach langem Gebrauche von Goldoxyd und Nussblätterpräparaten 267.
Fieber s. die betreffenden.
Fieberhafte Ausschläge, deren spontane Entstehung 454; F— — s. die betreffenden.
Finger, durch dieselben bewirkte Exstirpation der Tonsillen 305.
v. Franque, J. B. 188.
Fremder Körper, durch dessen Eindringen veranlasstes Empyem 461.
Friedberg in Berlin 320.
Friedrich in Dresden 331.
Fussgelenk, weisse Geschwulst desselben, Karies des Fersenbeines, Heilung nach langem Gebrauche von Goldoxyd und Nussblätterpräparaten 267.

Garnier, M. P. 311.
Gastrose, Fall davon mit tödtlichem Ausgange 325.
Gefässmuttermäler geheilt durch Vaccination 252; G— s. Geschwülste, erektile.

Gehirnerschütterung durch Fallen 329, 330.
Gehirnerweichung, Fall davon mit tödtlichem Ausgange 324.
Genickkrampf, epidemischer 333.
Geschwülste, erektile, deren Behandlung durch Kauterisation nach Vaccination 255; G s. die betr. Körpertheile.
Gesichtslähmung, wiederholte halbseitige 456.
Goldoxyd und Nussblätterpräparate gegen weisse Geschwulst des linken Fussgelenkes nebst Karies des Fersenbeines 267.
Guersant in Paris 464.
Gymnastik, methodische, und Kneten gegen Veitstanz 246.

Harn s. Urin.
Herzfehler bei einem Kinde 286; H—, angeborener 215, 305.
Holmes in London 1.
Hüftgelenk, dessen Ausschneidung 1.
Husten s. Keuchhusten.
Hydatiden s. die betr Organe.
Hypertrophie s. die betr. Organe.

Karies s. die betr. Körpertheile.
Kauterisation gegen unfreiwilligen Urinabgang 258; K— nach Vaccination zur Behandlung erektiler Geschwülste 255.
Keuchhusten 311.
Kieferklemme, deren Operation von Rizzoli und Esmarch 145, 161.
Kinder, deren Krankheiten und Zustände s. die betreffenden.
Kneten und methodische Gymnastik gegen heftigen Veitstanz 246.
Knieschmerz als Symptom der Meningitis tuberculosa 208.
Krampfkrankheiten s. die betreffenden.
Krup, über denselben 35, 188, 315, 364; K—, dessen Statistik im Kinderkrankenhause zu Paris während 1859 u. 1866 293; K—, gute Wirkung des Ammonium aceticum dagegen 267; K—, Tracheotomie dabei 271.

Lähmung s. die betreffende.
Latour, A. 311.
Leukorrhoe, Mittel dagegen 317.
Litten in Neustettin 333.
Lungenemphysem Neugeborener 286.
Lungenhydatiden, deren Diagnose und Behandlung 287.

Masern, über deren spontane Entstehung 454.
Mastdarmvorfall, subkutane Einspritzung von Strychninsulphat dagegen 256
Meningitis 318; M — cerebro-spinalis 262, 333; M— tuberculosa, Knieschmerz als deren Symptom 208.
Muguet 318.
Murchinson in London 227.
Muttermäler s Gefässmuttermäler, Geschwülste, erektile.

Nassau, Beobachtungen über dortige Krupepidemie 188.
Neugeborene, Einfluss zu starker Ernährung bei solchen 254; N—, deren Sterblichkeit, und Mittel, solche zu verhindern 260; N—, s. deren Krankheiten und Zustände.
Nussblätterpräparate und Goldoxyd gegen weisse Geschwulst des linken Fussgelenkes mit Karies des Fersenbeines 267.

Operationen s. die betreffenden.

Pädiatrik, chirurgische 464.
Pappenheim, S., in Berlin 79.
Paralysen s. die betreffenden.
v. Pitha in Wien 465.
Pleura, Hydatiden derselben, deren Diagnose und Behandlung 287.
Prolapsus s. betr. Organe.

Rehn in Hanau 464.
Rizzoli's Operation der Kieferklemme 145, 161.
Roger in Paris 392, 452.
Rückenmarkssymptome beim Typhusfieber 237.
Rückgratsleiden, angeborenes 220.

Säugen der Frauen, über dasselbe, 268.
Säuglinge s. deren Krankheiten und Zustände.
Scharlach, dessen Aetiologie, Pathologie und Behandlung 227; Sch—, dessen spontane Entstehung 454, Sch—, Fall mit tödtlichem Ausgange 326.

Sigmoidflexur, deren Lage bei Kindern und über die Frage, ob ein künstlicher After rechts oder links am Bauche zu machen? 155.
Skrophulosis 255.
Soor 318.
Spina bifida, deren Behandlung 301.
Steinthal in Berlin 321.
Sterblichkeit Neugeborener, über dieselbe, und Mittel, sie zu vermindern 260.
Stiebel sen. in Frankfurt a. M. 465.
Strychninsulphat, subkutane Einspritzung damit zur Behandlung des Mastdarmvorfalles 256
Strypsjuka s. Krup.
Syphilis infantilis 392, 457; S— —, deren Uebertragung durch die Vaccination 156, 338.

Tonsillen, Exstirpation derselben vermittelst der Finger 305.
Tracheotomie beim Krup 271.
Tuberkulöse Krankheiten s. die betreffenden.
Typhusfieber, über die Rückenmarkssymptome dabei 237.

Unterkiefer, dessen Unbeweglichkeit, Esmarch'sche Operation, Mittheilung und Notizen darüber 145, 161.
Urinabgang, unfreiwilliger, Mittel dagegen 258, 272.

Vaccination, frühe, der Kinder, über dieselbe 448; V—, über dieselbe und dadurch bewirkte Syphilisübertragung 156, 338; V— gegen Gefässmuttermäler 252; V—, Kauterisation danach zur Behandlung erektiler Geschwülste 255.
Veitstanz, heftiger, geheilt durch Kneten und Gymnastik 246.
Vorfall s. betr. Organe.

Wörterbuch, medizinisches 311.
Wurmfortsatz und Blinddarm, deren Perforation in Folge von Enterolithen 463.

Zahnkrampf, Fall davon, mit tödtlichem Ausgange 321.
Zunge, angeborene Hypertrophie und Prolapsus derselben 303.

JOURNAL

FÜR

KINDERKRANKHEITEN.

Unter Mitwirkung der Herren

DD. **Abelin**, Professor der Pädiatrik an dem Karolinischen medix.-chir. Institut in Stockholm und Oberarzt an dem allgemeinen Kinderhause daselbst, **Barthez**, Arzt am Hospital St. Eugenie zu Paris, **Faye**, Professor und Direktor der Gebäranstalt und der Klinik für kranke Kinder in Christiania, **Hardy**, Arzt an der Kinderheilanstalt zu Dublin, **Haumer**, Direktor der Kinderheilanstalt zu München, **Hewitt**, Arzt am britischen Gebärhause und Lehrer über Frauen- und Kinderkrankheiten am St. Mary's Hospital in London, **Kromenberg**, Direktor der kaiserlichen Kinderheilanstalt in Moskau, **Küttner**, dirigirender Arzt des Kinderkrankenhauses zu Dresden, **LeBaillier**, Arzt an der Findel- und Waisenanstalt zu Bordeaux, **Lumalnsky**, dirigirender Arzt der Kinderheilanstalt Mariahilf in Wien, **Steffen**, Direktor der Kinderheilanstalt zu Stettin, **Stiebel**, Geheimerath, Direktor des Christ'schen Kinderhospitales in Frankfurt am Main, **Weisse**, kaiserl. russ. Geheimerath und vormals Direktor des Kinderhospitales zu St. Petersburg, und **Ch. West**, erster Arzt des Kinderspitales in Great-Ormond-Street zu London,

herausgegeben

von

Dr. **Fr. J. Behrend** und Dr. **A. Hildebrand**
in Berlin.

Band XLV. (Juli — Dezember 1865.)

Erlangen. Palm & Enke.
(Adolph Enke.)
1865.

Druck von Junge & Sohn in Erlangen.

Inhaltsverzeichniss zu Band XLV.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Seite

Ueber die Heilbarkeit der angeborenen Luxationen des Femur 1

Ueber Strypsjuka oder Krup, nach den Vorlesungen (während des Herbsttermines 1863) von H. A. Abelin, Professor der Pädiatrik am Karolinischen Institute zu Stockholm (Schluss) 12

Aufzeichnungen aus der Praxis des Obermedizinalrathes Dr. J. v. Franque.

I. Behandlung des Keuchhustens 39
II. Krebs der rechten Niere bei einem Knaben von 8 Jahren 42
III. Geschichte einer Herzkrankheit 45

Mittheilungen aus der ärztlichen Praxis von Dr. C. Nieberg in Berge (im Osnabrück'schen).

I. Einiges über Bräune und die neueren Behandlungsweisen derselben 49
II. Ueber subkutane Injektionen, besonders bei Kindern 52

Seite

Erlebnisse aus der Kinderpraxis. Von Sanitätsrath Dr. Joseph Bierbaum.

I. Ascites diffusus 57
II. Intermittens 145
III. Hüftgelenkentzündung 151
IV. Hirnerschütterung 211
V. Eklampsie 215
VI. Urticaria 217
VII. Miliaria 219
VIII. Luxation des Oberarmes 227

Ueber die Behandlung der Karies im Tarsus und Metatarsus durch Ausschneidung einzelner Knochen . . 161

Die Hautkrankheiten der Chinesen in der Kinderwelt, aus chinesischen Originalquellen von Dr. S. Pappenheim, prakt. Arzte u. s. w. in Berlin 185

Ueber die therapeutische Anwendung arzneihaltiger Milch in verschiedenen Krankheiten, besonders bei Kindern 229

Fortgesetzte Mittheilung über einen Fall von Kyanose von Dr. A. Brünniche 238

Ueber Stein in der Blase bei Kindern und wie dagegen zu verfahren 311

Klinische Bemerkungen über Diphtherie 329

Ueber Diphtheritis in Norwegen und Schweden.

I. Die Diphtheritisepidemie in Namdalen in Norwegen im Jahre 1860—1861, beschrieben vom Distriktsarzte Dr. Greve 345
II. Die Diphtheritisepidemie, die von 1861—1862 in Fahlun (Schweden) herrschte; von Dr. Hallin . 362
III. Die epidemische Diphtheritis zu Wisby (Schweden) vom Stadtarzte Dr. O. Neyber daselbst 370

Seite

Die zymotischen Kinderkrankheiten der Chinesen. Von Dr. S. Pappenheim, prakt. Arzte u. s. w. in Berlin 376

II. Hospitalberichte.

Bericht über das Kinderhospital zu Kopenhagen im Jahre 1863 von Dr. A. Brünniche 254

III. Klinische Mittheilungen.

Clinique de la ville de Paris (Hr. Triquet).
Ueber Frost der Ohren bei Kindern 266

Klinik für Kinderkrankheiten in Paris (Hr. Bouchut).
Ueber die Behandlung der Krätze und der Hautschmarotzer durch gereinigtes Petroleum 271

Hospital St. Louis in Paris (Hr. Bazin).
Ueber den Nutzen des Bromkaliums bei der tuberkulösen Meningitis 273

Hospital für kranke Kinder in Paris (Hr. Bouchut).
Ueber Wechselfieber bei Neugeborenen und Säuglingen . 277
Ueber die Diagnose des Keuchhustens aus den Ulzerationen der Zunge 281

Hospital für kranke Kinder in Paris (Hr. Giraldès).
Ueber Blasenstein bei Kindern 422
Eigenthümliche Folgen einer Wunde in der Gegend der Augenbraue 427

Chirurgische Klinik in Strassburg (Hr. Sédillot).
Angeborene Verwachsung der Finger und Zehen. Operation, Heilung 430

London-Hospital (Hr. Fraser).
Anilinsulphat gegen Veitstanz 433

Seite

IV. Gelehrte Gesellschaften und Vereine.

Gesellschaft der Hospitalärzte in Paris. (Schluss.)

16) Ueber die Lungenapoplexie der Neugeborenen und über das Sklerem 153
17) Syphilis infantilis 155
18) Einige Beiträge zur Semiotik des kindlichen Alters . 156

Aus den Verhandlungen der Gesellschaft schwedischer Aerzte.

Tuberkulose der Bronchialdrüsen 285
Angeborene Missbildung des Afters 288
Kampfervergiftung 290
Hydromeningocele 291
Bruch des Stirnbeines mit Vorfall von Gehirn 292

Aus den Verhandlungen der norwegischen medizinischen Gesellschaft in Christiania im Jahre 1864.

Angeborene Missgestalt eines Beines mit sonderbarer Bildung 293
Ichthyose 296
Staphyloraphie 297
Fremder Körper in der Luftröhre 298
Pocken 302

Aus den Verhandlungen der Akademie der Medizin zu Paris in den Jahren 1860—1864.

Ueber die Anwendung des Jods und der mit Jod versetzten Nahrungsstoffe zur Heilung und Verhütung verschiedener Krankheiten, und über den Jodismus 435
Ueber Hypertrophie der Mandeln bei Kindern 443
Spina bifida glücklich behandelt mit Jodeinspritzungen . 444
Ueber die Ausschneidung des Hüftgelenkes. (Bericht des Herrn Gosselin im Namen einer Kommission, zu der die Herren Larrey, Jobert und Velpeau gehören, über eine diesen Gegenstand betreffende Abhandlung des Hrn. Lefort, Prosektors der medizinischen Fakultät.) 448

Seite

V. Kleinere Mittheilungen.

Differentielle Diagnose des chronischen Hydrocephalus und der Rhachitis mittelst des Augenspiegels . . . 306
Untersuchungen über die Punktion der Brust bei Kindern 308

VI. Bibliographie.

Ullersberger, der Hirnnervenschlag (Apoplexia nervosa) 158

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bdn. — Gute Originalaufsätze üb. Kinderkrankheiten werden erbeten und nach Erscheinen jeden Heftes gut honorirt.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandl., Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journales beliebe man derselben oder den Verlegern einzusenden.

[BAND XLV.] ERLANGEN, JULI u. AUG. 1865. [HEFT 7 u. 8.]

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Ueber die Heilbarkeit der angeborenen Luxationen des Femur.

„Von allen in unserer Zeit erörterten chirurgischen Fragen gibt es," bemerkt Hr. Pravaz, dirig. Arzt an der orthopädischen Anstalt zu Lyon, „keine, die mehr bestritten worden ist, als die Heilbarkeit der angeborenen Hüftgelenkverrenkungen. Die Möglichkeit, hier Heilung zu bewirken, ist bald zugegeben, bald geläugnet worden, und man kann sagen, dass sich in den Streit nicht selten eine gewisse Leidenschaft eingemischt hat, die die an sich ziemlich einfache Frage noch mehr verwirrt hat. Durch die Spezialität, der ich mich gewidmet habe, in eine Lage versetzt, die es mir gestattet, jährlich eine ziemliche Zahl von Kindern mit angeborenen Hüftgelenkverrenkungen zu sehen, bin ich natürlich dazu gedrängt worden, mir über die fraglichen Punkte eine feste Meinung zu bilden. Ich war gewissermassen schon durch die Vorarbeiten meines Vaters dazu berufen, der sich um den Gegenstand so sehr verdient gemacht hat. Ich hatte aber viele Schwierigkeiten zu überwinden, um eine genaue Prüfung auf praktischem Wege vorzunehmen, und erst nach längerer Zeit gelang es, mir den ersten dazu angethanen Fall zu verschaffen. Die neuere 1853 stattgehabte Diskussion wirkte einschüchternd auf die Aerzte, welche etwa versucht waren, eine Heilung zu erwirken, und andererseits machte mich der Mangel eigener Erfahrung sehr vorsichtig, die Eltern solcher mit ange-

borener Hüftgelenkverrenkung behafteter Kinder anzugehen, sie meiner Behandlung zu überlassen. Zuletzt aber bot sich der Vater eines 7 Jahre alten Mädchens, welches eine angeborene Luxation beider Hüftgelenke hatte, von selbst an, mir dasselbe zu überlassen. Leider war dieser erste Versuch nicht glücklich gewesen und zwar trug einestheils meine Unerfahrenheit und anderentheils die Unfolgsamkeit des Kindes die Schuld. Alle meine Bemühungen waren vergeblich; es gelang mir wohl, den Kopf des rechten Femur in seine normale Pfanne zurückzubringen, aber es wurde mir unmöglich, ihn darin zu erhalten, und ich dachte nicht daran, am linken Gelenke die Bemühungen vorzunehmen, die mir am rechten nicht gelungen waren. Indessen wurde ich durch dieses Misslingen durchaus nicht entmuthigt; im Gegentheile gab mir dieser Fall mannichfache Belehrung und ich ergriff begierig eine neue Gelegenheit, die sich bald einstellte und die dazu diente, mir das Mittel zu dem Aufsatze zu geben, den ich hier veröffentliche. Ich werde zuerst den Fall erzählen, wie er sich mir darstellte und wie er unter meiner Behandlung sich gestaltete, und dann werde ich über die verschiedenen Einwürfe mich aussprechen, welche man gegen die Heilbarkeit der angeborenen Hüftgelenkverrenkung überhaupt erhoben hat.

Ein $7^1/_2$ Jahr altes Mädchen wurde mir am 3. August 1861 von Hrn. Barne, erstem Wundarzte in der Charité zu Lyon, wegen sogenannten freiwilligen Hinkens, welches er einer angeborenen Luxation beider Hüftgelenke zuschrieb, zugesendet. Die Anamnese ergab, dass das Kind ohne Kunsthülfe zur Welt gekommen war, dass es weder ein akutes noch ein chronisches Hüftgelenkleiden gehabt hat, und dass das Hinken erst bemerkt wurde, als es zu gehen anfing, und gleich von Anfang an den Charakter hatte, welchen ich bei meiner ersten Untersuchung wahrnahm, indem es sich auf seinen Hüften so zu sagen hin und her schaukelte.

Untersuchung. Der Bauch ist sehr vorspringend und scheint gewissermassen auf die geneigte Ebene des Beckens sich aufzulegen. Die Lumbargegend bildet eine beträchtliche Höhlung. Die Hüften sind sehr schief von aussen nach innen gerichtet und der Raum oben zwischen ihnen ist sehr ver-

grössert. Die Hinterbacken sind nach unten zu abgeflacht und zeigen nach oben eine Schwellung, welche durch das Zurückdrängen der Glutäen bewirkt ist. Dagegen sind die Leisten bedeutend vertieft. Die Trochanteren sind stark hervorspringend und stehen sehr nach hinten und fast in gleicher Höhe mit der vorderen und oberen Spina iliaca.

Die Messung ergab: von der vorderen und oberen Spina iliaca bis zum unteren Theile des äusseren Malleolus rechts 62, links 61 Centimeter; ferner von dem genannten Dorn bis zum Kopfe der Fibula rechts 33, links 32 Centimet.

In Bezug auf die Stellung des Gelenkkopfes beider Beine ergab die Untersuchung Folgendes: Brachte man die Oberschenkel in sehr starke Adduktion und Flexion, so dass die Weichtheile, welche oben das Femur bedeckten, stark angespannt wurden, so fühlte man deutlich rechts sowohl als links den Kopf dieses Knochens hoch oben in der Fossa iliaca externa. Wurden die Schenkel erst gestreckt und dann gebeugt und rotirt, so konnte man den Gelenkkopf in der Leistenfalte nicht mit fühlen, wie es doch sonst dar Fall ist bei ganz kleinen Kindern, wo das Rotiren des Femurkopfes dort bei der genannten Bewegung deutlich wahrgenommen werden kann.

Das Gehen des Kindes ist mühsam; es schaukelt sich dabei auf ganz charakteristische Weise, indem es sich gleichsam von einer Hüfte auf die andere wiegt. Es fühlt deutlich bei jedem Schritte den Gelenkkopf jedes Femur auf der Oberfläche des Darmbeines von unten nach oben sich bewegen und kann es auch nur eine kurze Zeit aushalten. Wird es gezwungen, länger zu gehen, so klagt es über Schmerzen in den Hüften und das Steigen von einigen Stufen wird ihm besonders schwierig.

Die Abduktion jedes Beines ist sehr beschränkt, wogegen die Adduktion sehr weit geführt werden kann. Bringt man beide Beine in sehr starke Adduktion, so vernimmt man ein sehr starkes Krachen, welches offenbar durch die Reibung des Gelenkkopfes gegen die Fläche der Fossa iliaca bewirkt wird.

Im Uebrigen ist die Kleine bei bester Gesundheit und die Behandlung beginnt sofort mit vorbereitenden Streckungen, welche aber wegen der ziemlich starken Muskelkraft, die

grossen Widerstand entgegensetzte, $6^1/_2$ Monat fortgesetzt werden mussten. Anfangs März 1862 schienen mir die beiden Femurköpfe weit genug herabgezogen zu sein und ich entschloss mich nun, an der rechten Seite zuerst die Reduktion zu versuchen. Unter allmähligen Traktionen steigt der Kopf leicht hinab und ich kann ihn nun in der Leistenfalte aussen von der Femoralarterie sich rollend fühlen. Nachdem er nun so auf seinen normalen Stand reduzirt worden war, wird der Kontentionsapparat angelegt und schon nach Verlauf einiger Tage hat sich der Gelenkkopf in der Pfanne ziemlich sicher fixirt. Die Zeichen der geschehenen Reduktion sind schon sehr auffallend. Der Kopf des Femur, welcher vorher auf dem oberen Rande der Pfanne auflehnte, ist nun fühlbar in der Leistenfalte, welche in Folge dessen nicht mehr so leer und tief erscheint als früher. Der Vorsprung, welchen der grosse Trochanter gebildet hatte, ist fast ganz beseitigt wie im Normalzustande. Das Glied selbst ist merklich verlängert und diese Verlängerung fällt besonders bei Vergleichung mit dem anderen Gliede auf. Endlich aber auch noch ist es charakteristisch, dass, wenn in Folge von Bewegungen des Kindes die Luxation sich wieder erzeugt, wie es in den ersten Zeiten der Reduktion immer zu geschehen pflegt, mit grosser Leichtigkeit der Gelenkkopf wieder in die Pfanne gebracht werden kann, wobei in dem Augenblicke, wenn er über den Rand der letzteren hinübergeht, ein Stoss oder Ruck gefühlt wird, ähnlich dem Rucke bei der Einrenkung der gewöhnlichen oder traumatischen Luxation.

Im Anfange des Monates Mai schien mir der Kopf des Femur rechts in seiner normalen Stellung schon ziemlich sicher fixirt zu sein und ich schritt deshalb zur Reduktion der linken Hüfte. Es ging hier Alles fast ebenso wie rechts und ich war bereits so voll Zuversicht, dass ich schon die gymnastischen Uebungen beginnen lassen wollte, welche die Behandlung beenden sollten, als im Monate Juli das Kind in Folge der grossen Sommerhitze an einem gastrischen Fieber erkrankte, welches zwar bald beseitigt wurde, aber zur Abnahme des Kontentivverbandes genöthigt hatte; die Luxation hatte sich unter den Bewegungen des Kindes während dieses Krankseins in Folge

dessen wieder erzeugt, und zwar zuerst links und dann rechts. Indessen wurde die Reduktion mit Leichtigkeit wieder bewirkt und nach Ablauf der Sommerhitze, nämlich am 1. September, wurde die Behandlung wieder vorgenommen, und zwar mit aller nöthigen Konsequenz; sie wurde durch nichts unterbrochen und im Monate Dezember begann das Kind unter sorgfältiger Aufsicht, mit den Beinen einige Bewegungen in horizontaler Lage vorzunehmen. Auf diese Uebungen folgten im März 1863 die ersten Gehversuche in senkrechter Stellung, wobei ein Apparat benutzt wurde, der dazu diente, den oberen Theil des Körpers etwas tragen zu helfen, damit er nicht mit seiner ganzen Last auf dem vielleicht noch nicht ganz zuverlässigen Hüftgelenke aufruhte. Im August desselben Jahres endlich erschienen diese Gelenke vollkommen befestigt und man konnte nun das Kind im freien Gehen sich üben lassen, wobei es nur durch einen tragbaren Apparat (Tuteur portatif) unterstützt wurde, den es 3 Monate nachher auch wegliess.

Jetzt (im September 1864) stellt sich das Kind folgendermassen dar:

Der Vorsprung, den der Bauch gebildet hatte, ist gänzlich verschwunden, mit ihm zugleich die sattelförmige Einbuchtung der Lumbargegend. Von der Krümmung der Hüften, die früher so bedeutend war, ist nichts weiter übrig, als eine geringe Erhebung, die etwas stärker ist, als sie der Norm nach sein sollte, und die ganz deutlich in einer geringen Gestaltveränderung, welche die Körper der Lendenwirbel vorher schon erlitten hatten, begründet war. Diese geringe Krümmung strebt übrigens von Tage zu Tage bei zunehmendem Wachsthume sich zu vermindern. Die Oberschenkel haben ihre normale Richtung bekommen und der Zwischenraum zwischen ihnen hoch oben ist bedeutend geringer geworden. Die Hinterbacken zeigen nicht mehr die Abflachung, die sie früher hatten, und die Leistenbeugen haben nicht mehr die früher so charakteristische Vertiefung. Die Trochanteren, die früher so hoch vorstanden, bilden, wie im Normalzustande, nur noch einen sehr schwachen Vorsprung und stehen etwas unter der Linie der oberen vorderen Spina iliaca. Alle diese

Verhältnisse haben sich nach und nach noch mehr gebessert, so dass einige Monate später selbst die letzten Falten, die noch auffallend gewesen sind, verschwunden waren.

Bei der Bewegung, die man mit den Beinen vornimmt, namentlich bei starker Flexion und Rotation, findet man den Kopf des Femur an jeder Seite nicht mehr auf der Darmbeingrube, sondern man fühlt dabei deutlich das Rollen desselben in der Leistenbeuge, ausserhalb der Femoralarterie, also ganz genau an der normalen Stelle. Die Messung ergibt von der oberen vorderen Spina iliaca bis zum unteren Theile des äusseren Malleolus rechts sowohl als links eine Länge von 70 Centimeter; ferner von derselben Spina bis zum Köpfchen der Fibula ebenfalls an beiden Seiten 30 Centimeter. Diese beträchtliche Zunahme der Länge der Beine ist wohl grösstentheils dem Hinabtreten der beiden Oberschenkelköpfe und nicht bloss dem eingetretenen Wachsthume des Kindes zuzuschreiben, denn einestheils zeigte sich eine bedeutende Verlängerung schon gleich nach der Reduktion und anderentheils bezog sie sich mehr auf die Oberschenkel als auf die Unterschenkel.

Was die willkürliche Bewegung betrifft, so ist das Gehen dem Kinde weit leichter geworden; man bemerkt nur noch ein leichtes Hinken, aber keine Spur mehr von dem früheren Schaukeln, und dieses Hinken beruht deutlich in der noch vorhandenen grossen Schwäche der Lendenmuskeln, die noch nicht Kraft genug besitzen, um die Lumbargegend gehörig zu stützen; diese Lendenmuskeln sind noch in einem Zustande von Schwäche, welche im höheren Grade als atrophische Paralyse sich darstellen würde. Um sich aufrecht zu halten, hatte das Kind früher den Rumpf etwas hintenüber geworfen und dadurch die Lendenwirbel auf ihre Zwischenknorpel zusammengepresst und die Spinalmuskeln dieser Gegend ausser Uebung gebracht. Jetzt aber kann das Kind, welches früher schon nach wenigen Schritten ermüdet war und über Schmerz in den Hüften klagte, bequem und ohne Schmerzen einen Weg von 1000 bis 1700 Meter machen. Auch das Ersteigen einer Treppe macht ihm keine Schwierigkeiten mehr. Endlich kann die Abduktion jedes Beines, die früher so beschränkt

war, in ziemlich grosser Ausdehnung bewirkt werden, während die früher so grosse Abduktion sich sehr vermindert hat, und man hört bei diesen beiden Bewegungen auch nicht mehr das Krachen wie früher.

Die Frage, die sich nach Mittheilung dieses Falles zuerst aufdrängt, ist: ob denn auch wirklich eine Luxation beider Hüftgelenke vorhanden gewesen? Ich glaube, dass darüber kein Zweifel obwalten kann. Der Vorsprung des Bauches nach vorne und unten, die sattelförmige Vertiefung der Lumbargegend erwiesen, dass der Schwerpunkt bei aufrechter Stellung gerade senkrecht auf eine Linie, die von einer Gelenkpfanne zur anderen geht, im normalen Zustande fällt, bei diesem Kinde auf eine Linie traf, die hinter demselben lag, indem nämlich die beiden Femurköpfe mehr nach hinten zu auf das Becken gerathen waren. Dann zeigte die Hervorragung der Trochanteren, ihre hohe Stellung und die relative Verkürzung der Oberschenkel deutlich, dass die Gelenkköpfe nach oben gewichen waren. Endlich ergaben die vorgenommenen Bewegungen, dass diese Gelenkköpfe in der Darmbeingrube standen, und dass die Leistenbeugen leer waren. Dieses letztere Zeichen ist schon von meinem Vater als charakteristisch für die Luxation des Hüftgelenkes hingestellt worden, weil man bei wohlgestalteten Kindern in der Leistenbeuge ausserhalb der Femoralarterie den Gelenkkopf in seiner drehenden Bewegung immer fühlen kann. Die Art und Weise ferner, wie das Kind hinkte, so wie die weitere Untersuchung bestätigte die Diagnose vollständig. Auch die Veränderungen, die durch die Behandlung herbeigeführt worden sind, dienen zum Beweise, dass hier kein Irrthum stattgefunden hat.

Auf welche Weise aber ist nun in diesem Falle die Heilung bewirkt worden? Sind die Gelenkköpfe in die ursprünglichen Gelenkpfannen gerathen und haben sich dort fixirt, oder sind sie in der Gegend derselben eine neue Pseudarthrose eingegangen? Diese letztere Hypothese hat durchaus nichts für sich, weil erstlich die Fixirung der beiden Gelenkköpfe in der neuen Stellung ganz genau symmetrisch war, weil ferner nicht allmählig und nicht nach langen Anstrengungen sie dort festgestellt wurden, sondern sofort und unter

Symptomen, wie sie bei der Reduktion einer gewöhnlichen Verrenkung vorkommen, an die jetzige Stellung geriethen.

Die Einwürfe, welche man gegen die Heilbarkeit der angeborenen Hüftgelenkverrenkungen erhoben hat, sind auf folgende zwei Sätze zu reduziren:

1) Es gibt in der Wissenschaft bis jetzt noch keinen authentischen Fall von Reduktion.

2) Die anatomisch-pathologischen Bedingungen stehen der Koaptation der Gelenktheile entgegen.

Was den ersteren Einwurf betrifft, so kann ich mich auf denselben eigentlich nicht einlassen. Der gelehrte und gewissenhafte Bericht von Gerdy verdient alle Anerkennung und wenn der hier mitgetheilte Fall auch nur der einzige ist, der nicht in Zweifel gezogen werden kann, so ist schon genug geschehen, um diesem Einwurfe zu begegnen, selbst wenn man die Fälle, die mein Vater aufgezeichnet hat, nicht in Betracht ziehen wollte.

Die anatomisch-pathologischen Verhältnisse der angeborenen Luxation des Femur brauche ich wohl nicht genau zu erörtern; sie sind bereits weitläufig verhandelt und ich will nur bemerken, dass nach meiner Ansicht aus den verschiedenen Formen, welche diese Veränderungen darbieten, viel zu rasch gewisse Schlüsse gezogen worden sind, welche in den Prämissen durchaus nicht ihre Begründung finden. So hat man allerdings die Gelenkpfanne verengert, abgeflacht und sonst in ihrer Gestalt mehr oder minder verändert, ferner das Kapselband um das obere Ende des Femur sanduhrförmig eingeschnürt, ferner den Gelenkkopf mehr oder minder verunstaltet, ja selbst ganz fehlend gefunden, und endlich hat man auch Pseudarthrosen von neuer Bildung oberhalb der Gelenkpfanne angetroffen, aber man hat dabei nicht in Betracht gezogen, dass man diese Veränderungen am Becken wie am Oberschenkel mehr bei erwachsenen und bisweilen im Alter sehr vorgerückten Individuen wahrgenommen hat. Immer, wenn man Gelegenheit hatte, recht früh bei kleinen Kindern, die mit angeborener Hüftgelenkverrenkung behaftet waren, die Untersuchung der Theile vorzunehmen, fand man diese Veränderungen in weit geringerem Grade und in vielen

Fällen die Gelenktheile so gestaltet, dass sie eine Koaptation sehr wohl zuliessen. Es ist dieses nun eine ausgemachte Sache, und was die Hauptveränderungen betrifft, die man angetroffen hat, so ist ebenfalls unzweifelhaft, dass in einer ziemlichen Zahl von Fällen die Gelenkpfanne noch geräumig genug ist, um den Kopf des Femur ganz oder zum Theile aufzunehmen; dass ferner die Verengerung oder Zusammenziehung der Gelenkkapsel in Form einer Sanduhr, wodurch allerdings der Reduktion ein unüberwindliches Hinderniss entgegengestellt sein würde, nur bei Subjekten angetroffen wird, welche mit der angeborenen Hüftgelenkverrenkung aufgewachsen und bis über das 20. Lebensjahr hinausgelangt sind, wo dann allerdings Heilungsversuche der Art nicht mehr anzustellen sind; dass die Formveränderungen des Femurkopfes durchaus nicht konstant und nicht so weit gediehen sind, um gar keine Koaptation mit der Pfanne zu gestatten, und endlich, dass die konsekutiven Pseudarthrosen nur erst in sehr vorgerücktem Alter vorkommen, ja bisweilen niemals sich bilden. Man darf denn also wohl mit Malgaigne annehmen, dass die für die Reduktion günstigen Umstände, die man noch bei ganz jungen Subjekten angetroffen hat, mindestens noch einige Jahre fortbestehen können.

Ich habe noch zu bemerken, dass die Zahl der Leichenuntersuchungen, aus denen die pathologische Anatomie der angeborenen Hüftgelenkverrenkungen zusammengestellt ist, im Verhältnisse zur Zahl der vorkommenden Fälle noch überaus beschränkt ist, und dass wir noch weit davon entfernt sind, um alle die Elemente zur Lösung der hier besprochenen Frage zu besitzen. Wollte man auf Grund der gewonnenen Data die pathologische Anatomie aufbauen und auf Grund dieser spärlichen Unterlage über die Heilbarkeit sich entschieden aussprechen, so müsste ich das für viel zu gewagt erklären.

Kommen wir jetzt zu den Einwürfen, die dem Pravaz'schen Verfahren besonders gemacht worden sind. Dieses Verfahren besteht aus drei Akten: 1) vorbereitende Streckung; 2) Reduktion und Koaptation der Gelenktheile und 3) Wiederherstellung der Bewegungen. Von diesen drei

Akten sind zwei Gegenstand der Erörterung gewesen; in Bezug auf den ersten Akt hatte Malgaigne behauptet, dass die vorbereitenden Streckungen unnütz seien, und dass man auch gar nicht vermöge, durch sie den Femurkopf herabzubringen, ausser unter ungemeinen Anstrengungen und für den Kranken fast unerträglicher Pein. Ich weiss nun nicht, ob dieser berühmte Chirurg selbst die Reduktion einer angeborenen Hüftgelenkverrenkung versucht hat; was mich aber betrifft, so habe ich Gelegenheit gehabt, Erfahrungen genug zu sammeln, und kann bestimmt behaupten, dass die vorbereitenden Streckungen unumgänglich sind, wenn man überhaupt etwas erreichen will. Die allmähligen und lange Zeit fortgesetzten Anspannungen der Muskeln sind am besten geeignet, diese zu verlängern, ohne sie zu ermüden, und ausserdem die Ligamente nach und nach zu dehnen, und man gelangt auf diese Weise viel leichter dahin, den Widerstand zu überwinden, den jene sowohl als diese der sofort und ohne vorbereitende Streckungen vorgenommenen Reduktion entgegensetzen würden. Auch würde man dann nur mit Mühe den Femurkopf fixiren können, da die gewaltsam angespannten Muskeln mit aller Kraft ihn wieder herausziehen würden. Ich habe immer gefunden, dass nach mehrstündiger und allmählig gesteigerter Dehnung des Gliedes der Femurkopf bei Nachlass dieser Dehnung nicht wieder so hoch hinaufsteigt wie zuvor, und dass er bei der nächstfolgenden Dehnung viel leichter nach unten gebracht wird. Die Behauptung ferner, dass man durch diese Dehnungen gar nicht im Stande sei, den Femurkopf bis in die Gelenkpfanne hinabzubringen, muss ich entschieden abweisen, da ich unzählige Male das Gegentheil erkannt habe. Die Kranken selbst haben während der Dehnungen das Gefühl des Hinabgleitens des Gelenkkopfes auf der Oberfläche des Darmbeines und empfinden auch das Hinaufsteigen desselben, wenn man mit der Streckung etwas nachlässt. Es genügt oft, die Gewichte, die die Dehnung bewirken, nur um ein Geringes zu vermindern, um dieses Resultat zu erlangen. Ich muss noch hinzufügen, dass ich niemals etwas von der unerträglichen Pein bei den Kranken bemerkt habe, von der Hr. Malgaigne meint, dass sie die Ausführ-

ung dieses Aktes fast unmöglich mache. Ich selbst habe von meiner Kindheit an an einer falschen Winkelanchylose des Kniegelenkes gelitten. Es wurde an mir die Durchschneidung der Sehne des Biceps vorgenommen und um die Retraktion der Muskeln zu bekämpfen, wurde ich während eines ganzen Jahres der allmähligen Dehnung unterworfen, die jeden Tag mehrere Stunden und die ganze Nacht durch dauerte, und niemals habe ich davon eine sehr grosse Belästigung erfahren.

Der dritte Akt endlich in dem Verfahren meines Vaters, wonach, sobald die Reduktion geschehen ist, bestimmte Bewegungen des Gliedes vorgenommen werden sollen, um die Gelenkpfanne wieder zu rekonstituiren, ist auch von Malgaigne und ausserdem von Bouvier angefochten worden. Mein Vater hatte die Idee gehabt, dass eine Art Gehbewegung bei horizontaler Lage mittelst eines Apparates, den er Char à pédales nannte, am besten dazu geeignet sei, die Gelenkpfanne zu vertiefen und geräumig zu machen. Er bediente sich des Ausdruckes: es soll die Gelenkpfanne „gleichsam hohl ausgeschliffen" werden, und gerade gegen diesen Ausdruck ging die Kritik, obwohl mein Vater, wie sich aus seinem Werke deutlich erkennen lässt, dabei gar nicht an eine rein mechanische Arbeit, sondern an eine organisch-plastische Thätigkeit dachte. Es soll nämlich durch die Reizung der Saum der Pfanne durch Neubildung oder vielmehr durch neue Ablagerung sich erhöhen und dadurch die Höhle geräumiger oder umfassender werden; mein Vater, der den anatomischen Bau der Gelenkpfanne ganz genau kannte, konnte wahrlich nicht daran denken, ihren Grund noch tiefer ausschleifen lassen zu wollen. Es ist wahrscheinlich, dass hier der Vorgang derselbe ist wie bei der Pseudarthrosenbildung nach gewöhnlichen Luxationen. Zwei Punkte gibt es aber, auf welche die Herren nicht aufmerksam gemacht haben und auf die mein Vater ganz besonders hingewiesen hat, nämlich zuerst auf die günstige Wirkung, welche die wiederholte Kontraktion oder vielmehr die Verkürzung der vom Becken zum Trochanter gehenden Muskeln, welche bis dahin durch die abnorme Stellung des Femurkopfes auf der

Darmbeingrube widernatürlich gedehnt waren, auf die Festhaltung des Gelenkes haben muss; dann aber auf den Vortheil, welchen die horizontale Gehbewegung gegen die aufrechte in der Wiederherstellung der Funktion des Gliedes und besonders in der Gestaltung der Gelenkpfanne dadurch äussert, dass mehr der Saum der letzteren die Körperlast zu tragen hat."

Jedenfalls haben wir in der vorstehenden Mittheilung einen sehr sprechenden Beweis für die Richtigkeit aller dieser Sätze, und es kommt nur noch darauf an, dass auf derselben Bahn weiter fortgeschritten und noch mehr Erfahrung gesammelt wird.

Ueber Strypsjuka oder Krup, nach den Vorlesungen (während des Herbsttermines 1863) von H. A. Abelin, Professor der Pädiatrik am Karolinischen Institute zu Stockholm.

(Schluss *).

Pathologische Anatomie. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen sind von einigen Schriftstellern für weniger wesentlich als die Symptome bei Lebzeiten gehalten worden. Es gibt, sagte man, einen Krup, der tödtlich abläuft, ohne dass irgend welche krankhafte Veränderung in den Luftwegen nach dem Tode entdeckt werden könnte. Dieses ist aber unrichtig. Man hat den Krup dann mit Spasmus glottidis verwechselt. Das Exsudat ist im Krup eben so wesentlich wie in der krupösen Pneumonie oder jedweder exsudativen Krankheit. Dasselbe ist also konstant, variirt aber bedeutend hinsichtlich seiner Ausbreitung, Dicke und Festigkeit. Möglich ist, dass es nach dem Tode fehlen kann, wenn es kurz vor demselben durch Aufhusten fortgeschafft ist, allein in solchem Falle hatte es sich doch gefunden und musste in

*) S. Mai/Juni 1865 S. 364—392.

irgend einer Periode der Krankheit und in irgend einer Form vorhanden gewesen sein. Es kann von der Epiglottis an bis hinab in die Bronchien sich finden; meistens beschränkt es sich jedoch auf den Larynx und die Trachea und ist entweder klebrig flüssig, oder eine schmutzig-weisse oder weissgelbe etwas in's Graue spielende Haut von verschiedener Dicke und Festigkeit. Bisweilen hängt es nicht zusammen, sondern besteht aus kleinen Flocken oder Plaken (plaques), zwischen welchen die Schleimhaut rein ist, bisweilen ist es halb zylindrisch, bisweilen bildet es eine ganze die Höhlung bekleidende Röhre und erstreckt sich manchmal bis in die Bronchien hinab. Gewöhnlich ist diese Haut im Larynx und an der hinteren Wand dünner und weniger fest zusammenhängend, als an der vorderen Wand und im oberen Theile der Trachea. Oefters nimmt sie nachher wieder im unteren Theile der Trachea ab, obschon auch das entgegengesetzte Verhalten vorkommt.

Die innere freie Fläche der Haut ist gewöhnlich mit einer dünnen Schicht von eiterähnlichem, aus den Bronchien durch Aufhusten heraufgeführtem Schleime bedeckt; ihre äussere gegen die Schleimhaut hin gewendete Fläche hängt gewöhnlich mit dieser zusammen, und zwar in ihrer Gesammtheit oder durch kleine feine Fasern, manchmal nur lose, indem sie davon durch ein dünnes Sekret und das abgelöste Epithelium geschieden ist. Wo das Exsudat aus ganzen Cylindern besteht, hängt es mit der unterliegenden Schleimhaut fester zusammen, als da, wo es aus kleinen Platten gebildet wird, in welchem Falle es oft nach dem Tode lose liegend gefunden wird. Rilliet und Barthez hegen eine andere Ansicht, vermuthlich, weil ihnen meistens Diphtheritis vorkam.

Die äussere gegen die Schleimhaut gekehrte Fläche der Exsudates zeigt nicht selten kleine rothe Flecke oder Streifen, welche an Zahl, Form und Lage mit dergleichen an der entsprechenden Schleimhaut übereinstimmen. Man ist nicht einig darüber, ob diese Flecke nur die Folge einer Imbibition gewesen, oder ob sie eine beginnende Gefässbildung und Organisation der Pseudomembran ausmachen. Gegen die letzte Ansicht hat man als Grund den raschen Verlauf der Krankheit,

welcher nicht gut eine Organisation zulassen kann, angeführt. Eine solche dürfte jedoch für möglich gehalten werden können, wenigstens in dem Falle, in welchem der Krup einen chronischen Charakter annimmt und die Pseudomembran eine längere Zeit zurückbleibt.

Den mikroskopischen und chemischen Untersuchungen ist es, so viel ich weiss, noch nicht gelungen, für das Exsudat im Krup solche eigenthümliche und bestimmte Charaktere aufzufinden, dass es dadurch von allen anderen unterschieden werden kann.

Die Schleimhaut in der Luftröhre bietet in den verschiedenen Fällen und unter verschiedenen Verhältnissen ein verschiedenes Aussehen dar. Bisweilen soll sie nach der Angabe einiger Schriftsteller völlig gesund erscheinen. Dieses müsste jedoch, sofern ein wirklicher Krup vorhanden gewesen ist, nur scheinbar gewesen sein, denn man kann nicht denken, dass eine solche Absonderung, wie die krupöse, von einer normal beschaffenen Schleimhaut stattfinden könne. Einige haben dieselbe roth und mit Blut überfüllt befunden, und zwar bald in ihrer ganzen Ausbreitung, bald partiell; Andere fanden dieselbe bleich. Einige fanden sie verdickt und geschwollen, — wieder Andere verdünnt; Einige sahen dieselbe aufgelockert und erweicht, Andere wieder nicht. Die Widersprüche in diesen Angaben sind scheinbare; die erwähnten Veränderungen können in den verschiedenen individuellen Fällen beobachtet werden und Variationen in denselben dürften je nach dem rascheren oder langsameren Verlaufe, nach der Beschaffenheit des Exsudates und seiner Menge, so wie zum Theil auch nach dem Alter des Kranken stattfinden können. Wo die Krankheit schnell tödtlich abläuft, wo das Exsudat nicht zusammenhängend und fest ist, da ist die Schleimhaut roth und mit Blut überfüllt; bei dem langsamen Verlaufe hingegen, und wo das Exsudat zu einer festen Röhre gerinnt, ist die Schleimhaut bleich, aufgelockert und geschwollen. Im Allgemeinen wird ihr Epithelium mehr oder weniger vollständig abgestossen.

Nach Niemeyer sind die Muskeln im Larynx ödematös, bleich und schlaff.

Was die übrigen Organe anbelangt, so lassen sich wohl

keine konstanten Veränderungen in denselben angeben. Man bemerkt jedoch oft im Gehirne und dessen Häuten eine in Folge der gestörten Respiration und Blutvergiftung entstandene venöse Ueberfüllung; an den Tonsillen und im Rachen Flecke von Exsudat in grösserer oder geringerer Ausdehnung, in den Lungen: Bronchitis, lobuläre Pneumonieen, Kollapsus und Emphysem.

Exsudatbildung im Darmkanale, in der Blase und an manchen anderen Schleimhäuten für eine dem Krup angehörende Erscheinung zu betrachten, wie dieses von Einigen geschehen ist, ist meiner Ansicht nach nicht richtig, indem eine solche Veränderung auf eine spezifische Blutveränderung, die diphtheritische, hindeutet, welche nicht mit Krup verwechselt werden darf.

Behandlung.

Es gibt wenige Kinderkrankheiten, welche so grosse Aufmerksamkeit in Anspruch genommen haben, als der Krup; es finden sich wenige, welche so verschieden beurtheilt und so oft mit anderen Krankheiten verwechselt worden sind; wenige, welche relativ so viele Opfer fordern und während ihres Verlaufes ein so grauenvolles Bild von Leiden und Qualen darstellen. Aus diesem Grunde hat daher auch Jeder von den Jüngern der Heilkunst, nach der Ansicht, die er gerade hegte, nach Mitteln gesucht und geforscht, um eine so gefährliche Krankheit zu bekämpfen. Aus diesem Grunde ist es ferner auch gekommen, dass wir eine grosse Menge von Mitteln versucht, gepriesen, verworfen und wieder in Gebrauch gezogen finden, dass wir mannichfaltige, so wechselnde, ja bisweilen sich ganz entgegengesetzte Behandlungsarten wahrnehmen, und dass es dem praktischen Arzte schwer wird, den Faden zu finden, welcher ihn glücklich aus diesem Labyrinthe führen könne.

Die hauptsächlichsten Indikationen für die Behandlung dürften in folgende Punkte zusammengefasst werden können:

1) Man wirke direkt dem entzündlichen Momente im ersten Beginne der Krankheit entgegen; suche der Exsudatbildung zuvorzukommen:

2) Man suche auflösend auf die Pseudomembran einzuwirken und eine Ablösung derselben von der Schleimhaut zu Stande zu bringen.

3) Man befördere das Aufhusten derselben und suche ihre Wiederbildung zu verhindern.

4) Man halte die Kräfte aufrecht.

5) Man beseitige durch die Operation das Hinderniss für die Respiration.

Ebenso wie bei allen anderen Krankheiten muss natürlicherweise auch hier die Aufmerksamkeit auf die Vorboten gerichtet sein, und wenn der Arzt so glücklich ist, aus denselben das baldige Auftreten des Krups voraussehen zu können, so darf keine Zeit verloren, sondern muss sofort zu einer kräftigen Behandlung gegriffen werden. Solche Fälle sind aber meiner Ueberzeugung und Erfahrung nach sehr selten, wenn schon manche Aerzte das Gegentheil behaupten. Inzwischen dürfte es doch die Vorsicht gebieten, immer, selbst wenn die unbedeutendsten Symptome eines Katarrhs in der Luftröhre vorhanden sind, dieselben so zu behandeln, als fürchte man einen wirklichen Krup, weil dadurch viel gewonnen, bei Beobachtung der gehörigen Vorsicht aber nichts verloren werden kann.

Bei der Darstellung der Behandlung der Krups will ich die bis dahin bekannten und gebräuchlichen Mittel in der Ordnung anführen, welche die oben angeführten allgemeinen Indikationen veranlassen können, und will ich sie in einige grössere Gruppen eintheilen.

Was nun zuerst das entzündliche Moment anbelangt, so kann wohl nicht geleugnet werden, dass dieses die Ursache oder wenigstens die Bedingung für das Bilden der Pseudomembran ist, welche wiederum das Wesentlichste im Krup ausmacht. Aber nichts desto weniger findet man auch in unseren Tagen eine merkwürdige Verschiedenheit in den Ansichten hinsichtlich der Wichtigkeit dieses Momentes und der Aufmerksamkeit, welche man ihm in praktischer Hinsicht schenken muss, so dass, während die antiphlogistische Kurmethode von Einigen gepriesen und gelobt wird, sie von Anderen, und zwar jetzt von den Meisten, gänzlich verworfen

wird. Im Allgemeinen haben ältere Schriftsteller der ersteren Meinung gehuldigt, die der jetzigen Zeit aber dagegen gesprochen.

Mit sehr wenigen Ausnahmen haben alle älteren Schriftsteller die Blutentleerungen, die allgemeinen sowohl als die örtlichen, für die wirksamsten und vorzüglichsten Mittel im Krup gehalten. Vergeblich erhob sich die eine oder andere Stimme dagegen, zumal als die Mittel, welche an ihrer Stelle vorgeschlagen waren (die derivativen und antispasmodischen u. s. w.) sich nicht vortheilhafter erwiesen. Es war auch natürlich, dass in einer Zeit, in welcher man die Blutentleerungen für das Hauptmittel in allen Formen der Entzündung hielt, dieselben auch für die rationellsten im Krup galten, so lange als man denselben für eine reine Entzündung der Schleimhaut der Luftröhre hielt.

Ausser den örtlichen Blutentleerungen und dem gewöhnlichen Aderlasse am Arme wurde auch, besonders von englischen und amerikanischen Aerzten, das Oeffnen der Vena jugularis, und in verzweifelten Fällen auch der der Arteria temporalis vorgenommen. Bisweilen liess man die Blutung bis zur Ohnmacht fortgehen und sind mehrere Fälle von Delpech, Cruveilhier, Piorry und Anderen mitgetheilt worden, in welchen die Kranken trotz diesen Verfahrens hergestellt wurden.

Als Bretonneau im Jahre 1826 seine oft erwähnte Abhandlung „*Traité de la Diphthérite*“ bekannt machte, entstand in ihr und durch dieselbe ein kräftiger Protest gegen die bis dahin leider gar zu oft bis zur Uebertreibung und missbräuchlich angewendete Blutentleerungsmethode. Man machte sich nun aber wieder einer Uebertreibung in entgegengesetzter Richtung schuldig, indem man jede Blutentziehung zu jeder Zeit und als absolut schädlich verurtheilte.

Die Extreme von diesen beiden entgegengesetzten Ansichten sind verwerflich. Nach meiner Ueberzeugung kommen nämlich solche Fälle vor, in welchen örtliche Blutentziehungen nicht allein unschädlich sind, sondern auch nützlich wirken können. Sie dürfen jedoch nur dann angewendet werden, wenn der Kranke kräftig und stark ist, aber früh

genug, wo die Symptome der Entzündung stark ausgeprägt sind, so wie bevor sich die Pseudomembran gebildet hat. Ist dagegen der Kranke zart und schwach oder deuten die Symptome an, dass die Pseudomembran schon vorhanden ist, so darf die Blutentziehung nicht angewendet werden. Dieselbe schadet alsdann dadurch, dass sie, ohne entsprechenden Vortheil, noch die Kräfte des Kranken herabbringt und dem Arzte die Möglichkeit raubt, mit Hoffnung auf Erfolg die Operation vornehmen zu können, wenn alle anderen Mittel sich unwirksam erweisen sollten. Diejenigen, welche die Blutentleerungen lieben und in denselben das sicherste und vorzüglichste Mittel im Krup erblicken, haben hiergegen angeführt, dass, wenn auch schon Exsudatbildung an irgend einer Stelle entstanden sei, doch an einer anderen eine fortwährende Kongestion stattfinden könne, und dass daher selbst in dieser Periode der Krankheit eine Blutentziehung vorgenommen werden könne und müsse. Aber wenn auch solches Verhalten denkbar und möglich wäre, so kann es doch niemals während der Lebenszeit konstatirt werden, und daher halte ich es für das Beste und Klügste, nicht eine Massregel zu ergreifen, von welcher nicht bewiesen werden kann, dass sie nützlich sei, sondern von welcher man annehmen muss, dass sie in den allermeisten Fällen schädlich sei.

Ich bleibe daher dabei, dass die Blutentleerung nur im ersten Anfange der Krankheit, und wenn der Kranke kräftig und stark, zulässig ist. Sie muss dann so bewerkstelligt werden, dass man eine Anzahl Blutegel, die den Kräften und dem Alter des Kranken entspricht, über das Brustbein, nicht an die Kehle selbst, setzen lässt, so dass man immer sich gegen eine zu lange anhaltende und schädliche Nachblutung sicher stellen kann.

Als ein direkt antiphlogistisch wirkendes Mittel ist von Einigen die Kälte, die man durch Umschläge von Eis oder von kaltem Wasser zu Wege bringt, lebhaft empfohlen worden. Die sogenannten Brochmann'schen Eiskragen habe ich nicht versucht, dagegen habe ich sehr oft die kalten Wasserumschläge gebraucht, welche ich nach eigener Erfah-

ung als ein ausgezeichnetes Mittel im Anfange der Krankheit empfehlen kann. Die von Home und einigen älteren Schriftstellern gebrauchten und empfohlenen kühlenden und lösenden Mittelsalze haben nicht das Vertrauen behalten, sondern können als ausser Gebrauch gekommen betrachtet werden.

Um auflösend auf die Pseudomembran zu wirken, ihre Ablösung von der Schleimhaut zu Stande zu bringen, das Aufhusten derselben zu befördern und ihre Wiedererzeugung zu verhüten, so wie auch in gewissem Grade, wenn auch nicht gerade direkt, wie durch die obengenannten Mittel der Entzündung entgegen zu wirken, sind eine Menge verschiedener Mittel eine Zeit nach der anderen mit mehr oder weniger Erfolg versucht worden. Dieselben können der leichteren Uebersicht wegen in einige grössere Gruppen getheilt werden.

1) Alterantia und Expectorantia. — Von diesen sind Quecksilbermittel am längsten und allgemeinsten gebraucht worden, wurden aber hinsichtlich des Nutzens, den sie brachten, höchst verschieden beurtheilt. Kalomel und Merkurialsalbe sind die Präparate, welche man für die wirksamsten hielt. — In Nordamerika fing man schon am Ende des vorigen Jahrhunderts an, das zuerst genannte Mittel anzuwenden und sehr zu loben. Einer der frühesten Schriftsteller über den Krup, Rush, schilderte den grossen Nutzen dieses Mittels so sehr, dass dasselbe nach ihm von fast allen Aerzten in den vereinigten Staaten allgemein und fast ausschliesslich angewendet ward. Sie glaubten, dass auf dieselbe Weise, wie dieses Mittel die Absonderung von der Schleimhaut des Mundes und Rachens mehrte und die Absonderungen flüssiger machte, es auch die Bildung der Pseudomembran verhüten könnten. Das Mittel wurde in ungleichen Dosen von 4 bis 6 bis zu 12 und 24 Gran auf den Tag verschrieben. Bald wurde der Gebrauch des Kalomels in England und selbst auf dem europäischen Festlande in Gebrauch gezogen, so dass dasselbe lange Zeit ein Lieblingsmittel im Krup war. Die europäischen Aerzte fingen bald an, mit dem innerlichen Gebrauche des Kalomels Einreibungen von Merkurialsalbe zu verbinden. Durch die Uebertreibungen und

den bedauernswerthen Missbrauch, dessen manche Aerzte sich mit dem Mittel schuldig machten, wurde auf manchen Seiten Argwohn gegen den Nutzen und die Anwendbarkeit desselben rege. Der Argwohn erregte Furcht, die Furcht wurde zum Abscheu, und bald erklärte man das Mittel nicht bloss für unnütz, sondern geradezu für schädlich, ja für schädlicher als die Blutentleerungen. Man tadelte und verwarf nun mit derselben Uebertreibung den Gebrauch der Quecksilbermittel, wie man ihn vorher gelobt hatte. Nach meiner Erfahrung können dieselben nicht allein ohne Schaden, sondern mit auffallendem Nutzen, in den Fällen angewendet werden, in welchen keine Gegenanzeige gegen ihren Gebrauch sich findet. Bei grossen und dicken Kindern, bei welchen die entzündlichen Symptome stark hervortreten und wir rasch eine stark derivirende Wirkung auf den Darmkanal hervorzurufen wünschen, ist eine oder die andere Dosis von 2 bis 4 Gran Kalomel (je nach dem Alter der Kinder und der Beschaffenheit der Symptome) im ersten Beginne der Krankheit nicht allein berechtigt, sondern erforderlich. Wenn das Mittel auf diese Weise gegeben wird, so entsteht entweder ein baldiges und kräftiges Laxiren oder aber, was nicht selten ist, Erbrechen, und wird dadurch in beiden Fällen Linderung der Symptome herbeigeführt. Wenn also der Gebrauch des Kalomels unter gewissen Umständen angezeigt ist, so darf doch das Mittel, selbst in diesen Fällen, nicht längere Zeit hindurch in kleinen wiederholten Dosen und niemals darf es schwachen Kindern, die schon früher kränklich waren, gegeben werden. Eben so wenig darf man es anwenden, wo der Krup auf irgend einer anderen Krankheit beruht oder mit einer solchen komplizirt ist, wie mit exanthematischen Fiebern u. s. w. Als bestimmte Gegenanzeigen gegen den Gebrauch des Kalomels sind auch alle Formen von Unterleibsleiden, so wie Geschwüre oder Exsudate im Munde und Rachen zu betrachten.

Die schädlichen Folgen, welche durch einen unvorsichtigen oder unzeitigen Gebrauch von Quecksilbermitteln entstehen können, sind: Merkurialkachexie, Blutverdünnung, heftige Diarrhöen, Geschwüre und Gangräne im Munde,

Nekrose der Kinnbackenknochen und allgemeine Erschöpfung der Kräfte, — Symptome, von welchen jedes für sich schon sehr gefährlich ist, aber noch grössere Gefahr bringt, wenn mehrere derselben gleichzeitig hervorgerufen werden. —

Die Quecksilbersalbe kann und darf in den Fällen angewendet werden, in welchen sich die oben genannten Gegenanzeigen nicht vorfinden. Ein vorsichtiger Gebrauch derselben bringt weniger Nachtheil hervor, als der Gebrauch des Kalomels. Dieselbe wird in der Dosis von 1 Skrupel bis zur halben Drachme ein- bis zweimal über der Luftröhre eingerieben. — Andere Quecksilbermittel, als die beiden hier erwähnten, sind eigentlich nicht versucht worden, obschon von Schenk der Mercurius solubilis Hahnemanni empfohlen worden ist. — Einige Aerzte haben andere Mittel mit dem Kalomel verbunden, wie Opium, Alaun u. s. w., um den schädlichen Einfluss desselben zu modifiziren, aber, wie die Erfahrung gezeigt hat, ohne Nutzen.

Die kohlensauren Alkalien sind von jeher für Mittel gehalten worden, welche ein grosses Vermögen besitzen, auflösend und flüssig machend auf faserstoffige und eiweishaltige Produkte einzuwirken. In neuerer Zeit sind dieselben besonders von Luzsinsky in Wien und von Marchal de Calvi in Paris empfohlen worden. Beide haben durch dieselben allein glänzende Resultate in der Behandlung des Krups erlangt; Andere aber und unter diesen auch ich fanden dagegen diese Mittel nicht von so hervorstechendem Werthe, dass sie andere Mittel unentbehrlich machen. Wenn sie den grossen Nutzen, den man ihnen beimisst, haben sollen, so müssen sie in grossen Dosen, von einer halben bis zu zwei Drachmen auf den Tag, in mit Syrup versetztem Wasser vom ersten Anfange der Krankheit an gegeben werden.

Ich habe eine längere Zeit hindurch den Krup mit Kali bicarbonicum behandelt, habe aber, obschon mehrere Kranke beim Gebrauche desselben genasen, das Mittel nun aufgegeben, theils, weil dasselbe für manche Kranke schwer einnehmbar, ja ganz unverträglich war, theils aber, weil beim fortgesetzten Gebrauche die Kräfte herabkamen und Durchfall

entstand. Ich habe dasselbe niemals allein angewendet, sondern gleichzeitig andere Mittel gebraucht, so dass es mir unmöglich ist, zu entscheiden, wie grossen Antheil das Mittel an dem glücklichen Ausgange in den Fällen hatte, welche bei dieser Behandlung hergestellt wurden. Wenn der Urin des Kranken Zeichen von alkalischer Reaktion zeigt, so müssen die Dosen des Mittels verringert und allmählig ausgesetzt werden.

Baron hat anstatt der starken Auflösungen dieser Mittel reichliches Trinken des Wassers von Vichy angewendet, zu welchem er eine grössere oder geringere Menge des Kali bicarbonicum zusetzte.

Einige Schwefel- und Antimonverbindungen haben, obschon sie von Manchen sehr gepriesen wurden, nicht vermocht, ihren Ruf lange beizubehalten. — Die Schwefelleber wurde von einem der Aerzte, welche sich um den von Napoleon I. ausgesetzten Preis bewarben, vorgeschlagen und auch eine kurze Zeit für ein Spezificum im Krup gehalten, verfiel jedoch bald in Misskredit und wird, so viel ich weiss, nicht mehr angewendet.

Kermes und Sulphur auratum haben sich auch nicht so wirksam erwiesen, dass man sie für wichtige Mittel im Krup halten dürfte. — Verschiedene haben das chlorsaure Kali als ein ausgezeichnetes Mittel im Krup gelobt. Ich habe dasselbe nur im sekundären Krup angewendet und glaube, dass das Mittel nicht im einfachen Krup angezeigt ist. Diejenigen, welche dasselbe gelobt haben, halten den Krup und die Diphtheritis für identisch.

Die Senega ist ein Mittel, welches plötzlich einen grossen Ruf als ein Spezificum im Krup erhielt, aber bald das Schicksal der Schwefelleber theilte, so dass sie in Vergessenheit gerieth. In einer späteren Periode des Krups dürfte dieselbe aber wohl ebenso wie Scilla, Ipecacuanha und die balsamischen Mittel, besonders Terpenthin, ihren Platz als ein gelind stimulirendes Expectorans behaupten.

Als früher gebrauchte Mittel sind die Niesemittel zu erwähnen, können gegenwärtig aber nur als irrationelle und vielleicht auch schädliche Mittel angesehen werden.

Durch rein lokale Mittel hat man ebenfalls einige von den eben erwähnten Indikationen zu erfüllen gesucht. Solche Mittel sind: Pulver von Alaun, Kalomel, Borax und andere, welche durch eine passende Silber- oder Guttapercharöhre in den Larynx hineingeblasen werden; ferner Auflösungen von Alaun, Höllenstein, Tannin und von anderen adstringirenden Mitteln, welche mit Hülfe eines an einem gebogenen Fischbeinstabe sicher befestigten und in die Auflösung getauchten Schwammes in die Luftröhre eingeführt werden.

Diese Mittel können für rationell gehalten werden und haben in manchen Fällen eine gute Wirkung gehabt, weshalb man sich derselben in verzweifelten Fällen erinnern soll; allein ihre Applikation ist für den Arzt so schwierig und für den Kranken so peinlich, ausserdem aber auch oft mit Gefahr verbunden, dass dieselben niemals für Hauptmittel gehalten werden können, sondern sollen sie nur ausnahmsweise und mit der grössten Vorsicht und Unterscheidung angewendet werden.

Das Einathmen von warmen Wasserdämpfen dürfte dagegen mit vollem Grunde für eines der wichtigsten und wirksamsten Mittel im Krup gehalten werden müssen und sollte die Anwendung derselben niemals versäumt werden. Schon Home und die Meisten der anderen älteren Schriftsteller über den Krup, besonders die schwedischen, haben sehr warm das Einathmen der Dämpfe von warmem Wasser allein, oder von Wasser mit Essig anempfohlen. Obschon dieses Mittel seitdem gewiss nicht in Vergessenheit gerathen ist, so hat man demselben meiner Ueberzeugung nach im Allgemeinen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Ich weiss sehr wohl, dass dasselbe von Manchen warm empfohlen worden ist, demungeachtet ist es aber doch nicht so allgemein gebraucht worden, als es verdient.

Seitdem vor einigen Jahren in einem der Krankenzimmer des allgemeinen Kinderhauses ein einfacher Apparat, der unten näher beschrieben werden wird, zum Einathmen von warmen Wasserdämpfen eingerichtet worden ist, habe ich Gelegenheit gehabt, mir eine sichere und nicht geringe Erfahrung über

den ausgezeichneten Nutzen dieses Mittels nicht allein im Krup, sondern auch in manchen anderen Krankheiten der Respirationsorgane, besonders in der chronischen Bronchitis, erworben.

Das Bett, in welches der Kranke gelegt wird, ist sowohl an den Seiten wie oben von dicken, auf einem eisernen Gestelle aufgehängten Filzdecken (Filter) umgeben, welche nach Belieben geschlossen oder von einander gezogen werden können. An der Seite des Bettes, aber innerhalb der Decken, steht ein Kochapparat von Kupfer, in welchem das Wasser schnell durch eine unter demselben befindliche starke Gasflamme erhitzt wird. Durch Moderiren der Gasflamme, so wie durch das Schliessen oder Oeffnen der Wolldecken kann die Temperatur sowie auch die Entwickelung von Wasserdampf verstärkt oder verringert werden.

Der Kranke wird, sowie sich die Symptome des Krups einfinden, in dieses Bett gelegt und verbleibt in demselben, bis Besserung eintritt, unter dem beständigen und ununterbrochenen Einathmen der warmen und feuchten Dämpfe. Mitunter sind die Kranken 6 bis 8 Tage lang in dem Dampfbade beständig verblieben, jedoch so, dass die Temperatur nach den Umständen vermindert oder verstärkt wurde. Dieses Mittel bringt immer Linderung in den schwersten Symptomen hervor und trägt ohne Zweifel im wesentlichen Grade dazu bei, dass ein glücklicher Ausgang zu Stande kommt. Ich empfehle dasselbe daher auf das Wärmste und kann versichern, dass das Resultat der Behandlung des Krups im allgemeinen Kinderhause, seitdem man anfing, dieses Mittel mit mehr Energie und Konsequenz anzuwenden, weit günstiger gewesen ist, als vor dieser Zeit.

Ich weiss und bin auch nicht unbekannt mit der Schwierigkeit, die der Anwendung dieses Mittels in der Privatpraxis entgegensteht, aber in den meisten Fällen kann man sich mit einem sogenannten Bettschirme, oder, in Ermangelung von etwas Anderem, mit einigen Stangen helfen, mit deren Hülfe und einiger dicken Wolldecken oder gewöhnlichen Decken ein leidliches Zelt um das Krankenbett gebildet werden kann, unter dem die Wasserdämpfe dann später entwickelt werden.

Gewöhnlich habe ich zur Dampfentwickelung Wasser allein gebraucht, bisweilen habe ich aber auch andere Substanzen hinzugesetzt, vornehmlich Terpenthin, manchmal auch milde aromatische Kräuter, so wie auch Essig, wenn die Umstände es erforderten.

Die in der Diphtheritis berühmten Brom- und Joddämpfe habe ich im reinen Krup nicht angewendet.

2) Brechmittel. — Die Brechmittel sind in allen Zeiten und von allen Schriftstellern als wirksame Mittel im Krup anerkannt worden. Sie sind die einzigen, welche ein allgemeines und wohlverdientes Lob gewonnen und sich erhalten haben. Hinsichtlich des Grades ihrer Wirksamkeit, der Zeit und Art ihrer Anwendung sind jedoch die Meinungen etwas getheilt gewesen.

Während Einige glauben, dass sie nur als Palliativa einen mildernden Einfluss auf die Symptome ausüben, behaupten dagegen Andere, dass dieselben, ausser dass sie die Ablösung und das Aufhusten der Pseudomembran befördern, auch durch ihre derivirende Wirkung auf den Darmkanal ableiten und die Entzündung im Larynx und in der Trachea, so wie die Kongestion zu denselben mildern, so dass sie als wirkliche kurative Mittel betrachtet werden können. Valleix*) führt zur Stütze dieser Meinung 53 Fälle vom Krup an, von welchen 31 mit Brechmittel als Hauptmittel behandelt waren, und von diesen wurden 15 hergestellt. In den übrigen 22 Fällen waren die Brechmittel sparsamer angewendet worden und daher mit dem so ungünstigen Resultate, dass nur Einer hergestellt wurde. Ich halte die Brechmittel für höchst wichtige Mittel in der Behandlung des Krups, kann aber ihren Werth nicht so hoch anschlagen, dass dieselben andere Mittel entbehrlich machen.

Ob sie (besonders Cuprum und Zincum sulphuricum), wie Einige behaupten, auch eine antispasmodische Wirkung ausüben, lasse ich dahin gestellt sein, und glaube auch, dass eine solche Wirkung von untergeordnetem Werthe sei, weil

*) *Guide du Médecin praticien Tome I. p. 358.*

der Krampf nach meiner Ueberzeugung auf keine Weise ein besonders wichtiges Moment im Krup ausmacht.

Können und sollen die Brechmittel wiederholt werden? Niemeyer beantwortet diese Frage so, dass, wenn nach dem Erbrechen Minderung in den Symptomen erfolgt, und Pseudomembranen ausgeworfen worden sind, man, sobald sich die Dyspnoe wieder vermehrt, das Brechmittel wiederholen solle, dass aber, wenn sich nach dem Erbrechen keine Besserung zeigt, dasselbe als unnütz und schädlich nicht wieder zu bewirken sei. Ich glaube dagegen, dass auch in den Fällen, in welchen keine Veränderung durch das Brechmittel erlangt worden ist, dasselbe dennoch neuerdings gereicht werden muss, denn es kann geschehen, dass, wenn die Brechwirkung sehr rasch erfolgt oder unbedeutend ist, die beabsichtigte Linderung nicht erfolgt, oder dass die Pseudomembran theilweise gelöst und nicht ausgehustet wird, und dann sollte das Brechmittel ein- oder mehrmals wiederholt werden, bis man die volle Gewissheit erlangt, dass dasselbe für den speziellen Fall nicht passt.

Eine andere, nicht weniger wichtige Frage, über welche man noch nicht einig zu sein scheint, ist die, ob das Brechmittel oder die Antiphlogistica zuerst angewendet werden sollen? Diese Frage lässt sich im Allgemeinen nicht beantworten, indem die Anzeigen für das Eine oder für die Anderen in den besonderen individuellen Fällen verschieden sein können. Ist die Dyspnoe schon bedeutend und lässt sich annehmen, dass das Exsudat bereits gebildet ist, so wird zuerst und sofort ein Brechmittel gereicht; — sind dagegen die Symptome der Entzündung vorherrschend, ist die Dyspnoe unbedeutend und die Exsudatbildung zweifelhaft oder unwahrscheinlich, so kann die Antiphlogose vorangehen, jedoch muss nach ihr sofort das Brechmittel folgen.

Diejenigen Mittel, welche am meisten, um eine Brechwirkung zu erregen, angewendet worden sind, sind Ipecacuanha, Tartarus emeticus und Cuprum sulphuricum. Einige haben Zincum sulphuricum und Meigs hat grosse Dosen Alaun verordnet. Es ist ziemlich gleich-

gültig, welches von diesen Mitteln gewählt wird, oder wie sie gegeben werden.

Wenn man beabsichtigt, durch das Brechmittel den Inhalt des Magens rasch auszuleeren, so muss es auf ein Mal in voller und hinreichender Dosis, um eine solche Wirkung hervorzubringen, gegeben werden; wünscht man hingegen durch das Brechmittel hauptsächlich die Sekretionen zu steigern und das Aufhusten von Schleim oder Pseudomembranen aus den Luftwegen zu befördern, so erreicht man diesen Zweck besser dadurch, dass man kleinere öfters wiederholte Dosen gibt, weshalb wir denn auch im Krup diese Anwendungsart empfehlen und vorziehen.

Die Ipecacuanha kann jungen und kleinen Kindern, bei welchen Erbrechen leicht hervorgerufen werden kann, mit Nutzen gegeben werden. Dieselbe bringt die Kräfte nicht herunter und kann ohne Nachtheil öfter wieder gereicht werden. Bei älteren Kindern wirkt sie weniger sicher und muss nur in Verbindung mit anderen Mitteln gegeben werden, besonders wenn eine rasche Brechwirkung gewünscht wird. Man kann dieselbe als Infusum von 10 bis 15 Gran auf 1 Unze, oder als Pulver von 2 bis 10 Gran je nach dem Alter des Kindes geben; auch Vinum Ipecacuanhae und Syrupus Ipecacuanhae können für junge Kinder angewendet werden.

Brechweinstein, Tartarus emeticus. — Der Brechweinstein ist theils allein, theils in Verbindung mit Ipecacuanha angewendet worden. Derselbe ist von einigen wenigen Schriftstellern nicht allein als Brechmittel, sondern auch als ein Antiphlogisticum, Expectorans und Alterans gepriesen und gelobt worden und haben sie denselben für eines der ausgezeichnetsten Mittel im Krup angesehen, welches, richtig angewendet, alle anderen Mittel mehr oder weniger überflüssig mache. Bouchut, Constantin, Nonat, Bonsdorff und Andere haben eine Menge Fälle von Krup mitgetheilt, welche durch die Behandlung mit grossen, oft wiederholten Dosen Brechweinstein geheilt wurden, und behauptet Letzterer, dass er niemals irgend eine nachtheilige Wirkung davon beobachtet habe.

Ich kann diese Ansicht über den Vorzug des Brechweinsteins nicht theilen, sondern muss auf Grund eigener Erfahrung gegen die Art der Anwendung desselben, wie sie von den eben genannten Schriftstellern empfohlen wurde, nämlich ihn in oft wiederholten, mehrere Tage hindurch fortgesetzten und grossen Dosen zu geben, warnen. Ich kenne kein Mittel, welches im zarten Kindesalter so sicher und so schnell gefährliche Diarrhöen und eine höchst bedenkliche Prostration, wenn es einige Zeit fortwährend gebraucht wird, hervorruft als der Brechweinstein.

Chapelle, welcher im Jahre 1852 der Akademie der Medizin in Paris einen Aufsatz einreichte, in welchem er dem Gebrauche des Brechweinsteins im Krup das Wort redete, musste bereits 1859 in einem anderen Aufsatze bekennen, dass seine fernere Erfahrung ihn zwinge, das Mittel zu verwerfen.

In Barthez' Abtheilung des St. Eugenienhospitales in Paris wurden 1859 sechs Krupkranke mit Brechweinstein in grossen Dosen behandelt, von welchen Garnier in seiner Dissertation über den Krup Folgendes sagt: „Von sechs Kindern, die mit Brechweinstein in grossen Dosen behandelt wurden, bekamen 3 nach 2 Tagen heftige Diarrhöen, während sich der Zustand im Uebrigen so verschlimmerte, dass die Tracheotomie vorgenommen werden musste. Bei zwei anderen brachten schon die ersten Dosen eine solche Diarrhoe mit einem allgemeinen Kollapsus hervor, dass das Mittel ausgesetzt werden musste; das sechste Kind starb plötzlich, nachdem es das Mittel einen Tag gebraucht hatte." Manche andere Beobachtungen dienen ebenfalls zur Unterstützung der oben von mir ausgesprochenen Ansicht, und aus diesen Gründen widerrathe ich den fortgesetzten Gebrauch des Brechweinsteins im Krup. Wendet man denselben als Brechmittel an, so darf er nicht oft wiederholt werden, weil auch dann dieselbe gefährliche Wirkung entstehen kann. Man gibt das Mittel in Pulverform allein oder mit Ipecacuanha oder in Auflösung in der Dosis von $^1/_8$ bis zu 1 Gran, je nach dem Alter und den Umständen.

Cuprum sulphuricum. Als Brechmittel, glaube ich,

darf dieses Mittel den ersten Platz einnehmen. Es wirkt sicher und führt nicht die Nachtheile wie der Tartarus emeticus herbei. Man gibt es am besten in Wasser aufgelöst in der Dosis von $^1/_4$ bis zu 1 bis 2 Gran oder darüber, bis Erbrechen hervorgebracht wird.

So oft eine verstärkte Dyspnoe ein neues Erbrechen erforderlich macht, kann das Mittel, ohne Ungemach zu erregen und, wenn die Umstände es erfordern, in steigenden Dosen von Neuem eingegeben werden.

Ausser der Wirksamkeit des Cuprum sulphuricum als Brechmittel hat man in demselben noch eine andere, wichtigere, im Krup fast spezifische Wirkung finden wollen, wenn es längere Zeit und in hinreichender Menge angewendet wird. Hoffmann, Kopp, Andrae sind die Ersten, welche dasselbe als Specificum rühmten und Hönerkopff und Andere haben durch die Behandlung des Krups mit diesem Mittel allein die glänzendsten Resultate erlangt.

Ich habe dieses Mittel in späterer Zeit ebenfalls mit Nutzen angewendet und nicht blos, um Erbrechen zu erregen, sondern auch in kleinen, öfters wiederholten Dosen, und glaube mich überzeugt zu haben, dass dasselbe, auf diese Weise gebraucht, das Ablösen und Ausstossen der Pseudomembran einigermassen zu befördern und der Wiederbildung derselben zuvorzukommen vermag. Ein anderes Ungemach von dem Mittel als eine wässerige, grüne Diarrhoe, die niemals von bedenklicher Art war und jedesmal in dem Grade sich besserte, als die Dosen verringert wurden, habe ich nicht wahrgenommen. Man hat allerdings gesagt, dass dieses Mittel eine starke Reizung der Schleimhaut des Magens und lebhafte Schmerzen in demselben errege, allein meine Erfahrung kann diese Ansicht nicht unterstützen.

Gewöhnlich wende ich es nach folgender Formel an:

℞ Cupr. sulph. gr. XII solve in
Inf. rad. Ipecac. (gr. X—XV) ℥iij
adde
Syrup. Scill. seu Seneg. ℥j

Hiervon lasse ich, je nach dem Alter des Kindes, alle zwei Stunden 1 Theelöffel oder 1 Dessertlöffel voll nehmen.

Wenn Erbrechen erfolgen sollte, so wird die Dosis so verringert, dass nur eine gelinde Uebelkeit entsteht. Hönerkopff hat Kindern von 4 bis 6 Jahren ohne alles Ungemach im Verlaufe von 6 bis 8 Tagen bis zu 216 Gran gegeben.

Die Brechmittel dürfen nicht gegen das Ende der Krankheit, wenn bereits Symptome von tiefer Depression und Intoxikation eingetreten sind, angewendet werden; ebensowenig darf man sie immer unbedingt im Anfange der Krankheit, ohne Rücksicht auf vielleicht vorhandene Gegenanzeigen, anwenden. In den Fällen, in welchen der Magen im hohen Grade reizbar, der Kranke äusserst schwach und Kongestion zum Gehirne vorhanden ist, müssen sie behutsam und mit der gehörigen Unterscheidung angewendet werden. Im letzten Falle dürften wenigstens eine Blutentziehung oder irgend eine ableitende Behandlung der Anwendung des Brechmittels vorausgehen müssen.

Es ist bekannt, dass Jurine in den Fällen, in welchen er Brechmittel nicht für angezeigt hielt, dadurch Erbrechen zu erregen suchte, dass er den Rachen mit einer Feder kitzelte, und bemerkte er, dass er auf diese Weise ein Kind vom Tode gerettet habe, welches ihm als hoffnungslos übergeben war. Selbst wenn dieses auch der Fall gewesen sein sollte, so muss ich doch von dergleichen Versuchen als unnütz und irrationell, so wie nicht ganz ungefährlich, abrathen.

Die wenigen anderen oben angeführten Mittel, welche, um Erbrechen zu erregen, angewendet worden sind, kann ich aus eigener Erfahrung nicht beurtheilen, glaube aber, dass sie einen untergeordneten Werth haben und keine besondere Aufmerksamkeit verdienen.

Oft wird es schwer, ja unmöglich, mit den stärksten Dosen der kräftigen Mittel Erbrechen zu erregen. Dieses ist besonders dann der Fall, wo eine tiefe Depression des Nervensystemes stattfindet. Ich rathe dann, eine kurze Zeit vor dem Brechmittel eine Dosis Moschus oder ein anderes stimulirendes Nervinum zu geben, worauf das Erbrechen leichter zu erfolgen pflegt.

3) Derivantia. — Mit diesen Mitteln beabsichtigt man, die entzündliche Reizung von der Schleimhaut der Luftröhre

auf die Kutis oder auf andere Organe zu leiten, so wie gewissermassen dem Exsudate entgegen zu wirken und die Absorption desselben zu befördern. Diese Mittel können innerliche und äusserliche sein. Zu den ersteren gehören alle Mittel, die revulsiv auf den Darmkanal wirken, zu den letzteren alle Arten von Hautreizungsmitteln.

Auch diese Mittel sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit sehr verschieden beurtheilt worden; von Einigen wurden sie zu Hauptmitteln erhoben, von Anderen als unnütz und schädlich verworfen. Ebenso sind auch die Meinungen über die passendste Zeit für ihre Anwendung getheilt gewesen, indem Einige anrathen, dieselben schon vom Beginne der Krankheit an anzuwenden; Andere dagegen wollen, dass man sie erst in einer späteren Periode gebrauchen solle. Die Lobsprüche auf der einen und der Tadel auf der anderen Seite sind jedoch übertrieben. Die Wahrheit liegt in der Mitte zwischen diesen Extremen. Die derivirende Behandlung im Krup kann nicht als die Hauptsache betrachtet, darf und soll aber niemals ausser Acht gelassen werden, weil sie ohne Zweifel einen wohlthätigen Einfluss ausübt. Was die Zeit anbelangt, in welcher zu derselben gegriffen werden kann und muss, so beruht diese Frage in einem gewissen Grade auf dem Mittel, welches man wählt und dem Zwecke, welchen man damit beabsichtigt. Wünscht man durch eine rasch hervorgerufene Reizung anderer Organe die Entzündung der Luftröhre abzuleiten oder zu vermindern, so sollten im Anfange der Krankheit entweder drastische Mittel innerlich, oder ein Klystir oder starke Hautreizungsmittel angewendet werden, von welchen ich als ausgezeichnet heisse Senffussbäder, Sinapismen, und in Terpenthinöl getauchte Tücher, heisse Schwämme u. s. w. empfehlen kann. Beabsichtigt man aber auf ein bereits gebildetes Exsudat einzuwirken, so müssen andere Mittel gewählt werden, von welchen in einer früheren Periode der Krankheit natürlicherweise keine Rede sein kann. Hierzu gehören vor allen Dingen die Vesikatorien. Diese sind eigentlich die Mittel, deren Wirkung höchst verschieden beurtheilt worden ist. Die Erklärung davon findet sich in den ungleichen Ansichten über die Natur

des Krups. Alle, welche den Krup für identisch mit der Diphtheritis halten, verwerfen den Gebrauch der Vesikatorien aus guten Gründen als schädlich; Diejenigen aber, die der Identitätsansicht nicht huldigen, empfehlen dieselben als nützlich in den Fällen, in welchen der Verlauf der Krankheit langsam ist. Gute Dienste leisten auch noch wärmende Wasserumschläge und Kataplasmen und sollten dieselben nicht versäumt werden. — Verschiedene Aerzte, unter Anderen auch Rilliet, haben mit guter Wirkung die Kranken in Tücher, welche in starkes und heisses Senfwasser getaucht waren, einhüllen lassen. Sehr warme Senfbäder wirken ebenfalls bei tiefer Depression und allgemeinem Kollapsus vortrefflich. Die sogenannten Harder'schen kalten Begiessungen dürften auch wohl eine wohlthätige Wirkung haben können.

Diese drei Mittel dürften doch eher für stimulirende gehalten werden können und sind dieselben nicht eher angezeigt, als bis Kollapsus und Symptome von Intoxikation eingetreten sind.

4) Antispasmodica. — Es gibt wohl kaum ein zu dieser Klasse gehörendes Mittel, welches nicht im Krup versucht worden ist. Diejenigen, welche den Krup entweder für eine rein spasmodische Affektion hielten oder annahmen, dass Krampf das wesentlichste Moment in demselben sei, überschätzten den Werth der Antispasmodica und missbrauchten dieselben daher auch. Seitdem das Wesen des Krups aber besser erkannt wurde und dem früher sehr gefürchteten Krampfe seine sehr geringe Bedeutung im Verlaufe der Krankheit zugetheilt wurde, sind die meisten Antispasmodica aus guten Gründen immer mehr in Vergessenheit gerathen und nur diejenigen, welche zugleich und hauptsächlich eine stimulirende Wirkung haben, wie Moschus, Kampher u.s.w. hat man im Gebrauch behalten. Dieselben dürften jedoch am passendsten später unter den Stimulantien zu erwähnen sein.

Das Opium, welches in den meisten Krankeiten der Kinder mit ausgezeichnetem Nutzen angewendet werden kann, dürfte im Krup nur in den Fällen zu gebrauchen sein, in

welchen Unruhe und Schlaflosigkeit vorhanden ist und dann muss es, soferne sich nicht bestimmte Gegenanzeigen finden, in voller Dosis gegeben werden. Ich habe in diesen Fällen das Morphium am besten und wirksamsten befunden, welches ich in einer Auflösung zu $^1/_{10}$ bis $^1/_6$ Gran pro dosi je nach dem Alter des Kindes und der Beschaffenheit der Symptome nehmen lasse.

5) Tonica und Stimulantia. — Die Wirkung dieser Mittel ist sowohl im Krup als in Kinderkrankheiten überhaupt noch immer zu gering geschätzt worden. Von den meisten, ja fast allen Schriftstellern, die den Krup abhandelten, sehen wir nur beiläufig das eine oder andere dieser Mittel erwähnt, ohne dass man ein besonderes Gewicht auf ihre Anwendung legte oder den Gebrauch derselben bestimmt empfahl.

Was mich anbelangt, so glaube ich, dass sie einen grossen und ausgezeichneten Werth haben, und bin ich überzeugt, dass sie in jedem Falle des Krups in irgend einer Periode der Krankheit ihre Anwendung finden. Ob und wann der rechte Augenblick für diese Mittel gekommen ist, muss der Beurtheilung und Entscheidung des behandelnden Arztes in dem einzelnen Falle überlassen bleiben, aber im Allgemeinen dürfte es als Regel gelten können, dass der Gebrauch derselben nicht zu lange verschoben werden darf.

Man möge niemals, besonders wenn der Kranke jung und zart ist oder eine schwächende Behandlung voranging, in sorgloser Unthätigkeit abwarten, dass das eigene Vermögen der Natur, ohne künstliche Beihilfe, die gesunkenen Kräfte wieder heben solle, — denn sie dürften dann in manchen Fällen bald so mitgenommen und die Thätigkeit des Nervensystemes so herabgestimmt sein, dass jedes Mittel, es mag noch so kräftig sein, ohne Wirkung bleibt. Besser ist es, mit milden tonischen Mitteln die Kräfte zu unterstützen und aufrecht zu erhalten, um so den Ausbruch der traurigen, wohlbekannten Zeichen eintretender Blutvergiftung und tiefer Depression, welche ein bald bevorstehendes Ende andeuten, zu verhüten oder ihnen wenigstens möglichst entgegenzuwirken.

Selten oder niemals kann irgend ein Nachtheil durch

dieses Verfahren entstehen, wohl aber oft ein nicht zu berechnender Nutzen gebracht werden.

Die vorzüglichsten Mittel in dieser Klasse sind: Wein, Chinin und Moschus. Verschiedene andere, wie Kampher, Cornu Cervi, Aetherverbindungen u. s. w. gehören auch hierher, dürften aber hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Kraft weit unter den zuerst genannten Mitteln stehen. Oft kann man mit Vortheil zwei oder mehrere dieser Mittel in Verbindung mit einander oder abwechselnd geben.

Von grösster Wichtigkeit ist es, dem Kranken den Zutritt von frischer und reiner Luft zu verschaffen und vor allen Dingen auch ihm eine leicht verträgliche, einfache, aber kräftige und nahrhafte Speise geniessen zu lassen. Schleimige Suppen von Fleisch, Kälberfüssen, Eier, Wein und namentlich frische Milch sind besonders passend. Hunger und Entbehrung ist dagegen, wie Trousseau richtig bemerkt, die furchtbarste Komplikation in den allermeisten, wenn nicht in allen Kinderkrankheiten. Dergleichen zerstört den Organismus in sich selbst, bringt die Kräfte herab und raubt der Natur das Vermögen, dem Uebel zu widerstehen und sich von demselben frei zu machen; die Schwächung, die daraus hervorgeht, öffnet jedem Miasma, welches von aussen den menschlichen Körper angreift, die Thüre und befördert die Absorption der in demselben erzeugten krankhaften Exkrete; sie ist also der vollständigste Gegensatz von allem Dem, was die Rekonvaleszenz befördern und die Wiederherstellung der Gesundheit unterstützen kann.

Die oben bereits erwähnten kalten oder sogenannten Harder'schen Begiessungen und die Senfbäder wirken höchst wohlthätig gegen den allgemeinen Kollapsus, welcher die angefangene Blutvergiftung kennzeichnet.

Im sekundären Krup und in den Fällen, in welchen der Krup mit Diphtheritis oder einer anderen Blutkrankheit komplizirt wird, bilden Tonica und Stimulantia die Hauptmittel und sind so zu sagen die einzigen, welche mit irgend einer Hoffnung auf Erfolg angewendet werden können. Sie müssen in diesen Fällen schon vom ersten Anfange der Krankheit an in voller Dosis gegeben werden.

Die Wahl des Mittels ist keineswegs gleichgiltig. Wünscht man rasch eine lebhaftere Thätigkeit des Nervensystemes zu erwecken, so muss man natürlicherweise rasch wirkende Mittel wählen und dieselben in hinreichender Menge geben; also die sogenannten Stimulantia nervina, unter welchen Moschus, Wein, Kampher, Aether u. s. w. ausgezeichnet sind. Will man aber einer drohenden Dyskrasie entgegenwirken, die Esslust und Verdauungsthätigkeit verbessern, die Kräfte unterstützen und dieselben allmählig vermehren, so muss das Chinin vorgezogen werden.

Wenn alle andere Behandlung sich unwirksam zeigt, so ist

6) zur Operation zu greifen. — Es sind verschiedene chirurgische Verfahrungsarten, wie die Exstirpation der Tonsillen, „Tubage de la Glotte“ von Bouchut, „Cathétérisme laryngien“ von Chaussier, Depaul und Loiseau als äusserste Zuflucht in der Behandlung des Krups vorgeschlagen und selbst versucht worden, aber alle sind als untauglich und schädlich verworfen worden, mit Ausnahme der Tracheotomie oder Laryngotomie. Diese Operation hat ihre Widersacher gehabt und hat sie auch noch jetzt, obgleich ihre Zahl in demselben Maasse kleiner geworden ist, wie die Statistik auf eine schlagende Weise durch Darlegung der günstigen Resultate, welche in späteren Zeiten durch die Operation gewonnen wurden, den Nutzen und die Nothwendigkeit derselben in den Fällen des Krups, in welchen andere Mittel fehlschlagen, erwiesen hat. Die Tracheotomie ist schon so lange bekannt gewesen, dass man deren Erfindung dem Asklepiades zugeschrieben hat. Als ein Mittel gegen den Krup kann sie jedoch natürlich nicht älter sein, als die Krankheit selbst bekannt ist, wurde aber schon von dem ersten und für seine Zeit ausgezeichnetsten Schriftsteller über den Krup, von Home nämlich, in Vorschlag gebracht, so wie auch später von Crawford, Michaelis und Anderen — obschon dieselbe, wahrscheinlich in Folge der kräftigen Widersprüche, welche sich von vielen Anderen dagegen erhoben, nicht eher als vor etwa 30 Jahren ausgeführt wurde. Zwar ist schon ein Fall von Tracheotomie im Krup von Dr. Andrew in London im Jahre 1771

mitgetheilt, allein dieser Fall steht ganz isolirt, und obgleich der Ausgang nach der Angabe glücklich gewesen war, so wurde die Operation auf eine solche Weise ausgeführt, dass man nicht wohl zu neuen Versuchen ermuntert werden konnte. Nachdem durch einen in der Länge gemachten Hautschnitt die Luftröhre blosgelegt worden war, wurden zwei Querschnitte, der eine zwischen dem 2. und 3., der andere zwischen dem 4. und 5. Knorpelringe gemacht, welche alsdann durch zwei Längsschnitte, einen an jeder Seite der Luftröhre, mit einander verbunden wurden, wodurch dann ein viereckiges Stück aus der vorderen Wand derselben ausgeschnitten wurde.

Dieser einzelnstehende Fall vermochte ebensowenig, wie der Preis von 1000 Franken, den Caron im Jahre 1808 für die beste Abhandlung über Tracheotomie aussetzte, das allgemeine Interesse für diese Operation, und die Neigung, dieselbe auszuführen, zu erregen.

Die Ehre, der Erste gewesen zu sein, welcher auf eine befriedigende Weise die Tracheotomie ausführte, kommt Bretonneau zu. Nach genauen Studien an Thieren vervollständigte er die Operationsmethode und kam zu der Ueberzeugung, dass die Operation an und für sich keinen grossen Nachtheil habe und leicht und einfach ausführbar sei. Er sah ein, dass es nicht genug sei, die Luftröhre zu öffnen, sondern dass man auch einen fortwährend freien Weg für den abgesonderten Schleim und das Exsudat, so wie für die Luft bereiten müsse, und erfand zu diesem Zwecke die für den glücklichen Ausgang der Operation nothwendige silberne Kanüle. Die sechs ersten Fälle, in welchen er die Operation machte, liefen unglücklich ab, im siebenten Falle gelang sie aber vollkommen. Hiernach wurden von Bretonneau eine Menge von Operationen mit wechselndem Glücke gemacht.

Noch mehr als Bretonneau hat Trousseau durch eine Menge glücklich ausgeführter Operationen der Tracheotomie ein grösseres Ansehen und eine allgemeinere Anerkennung verschafft. Die verschiedenen, wohl bekannten Gründe, welche gegen die Operation vorgebracht sind, sind so oft und so vollständig von denen, die dieselbe ausüben, widerlegt

worden, dass ich sie hier übergehe, und nur glaube, die Operation in allen den Fällen des reinen Krups, in welchen durch die Behandlung im Uebrigen keine Besserung eintritt, empfehlen zu müssen.

Was die Zeit für die Operation anbelangt, so rathen Einige, dieselbe erst dann vorzunehmen, wenn alle Mittel vergeblich versucht sind, oder, wie Bouchut will, erst dann, wenn Anästhesie eingetreten ist; Andere wollen dagegen, dass man dieselbe schon im Anfange der Krankheit oder sobald man die Gewissheit erlangt hat, dass die Pseudomembran gebildet ist und eher als die Kräfte zu sehr erschöpft sind, vornehmen solle. Trousseau sagt: „*opérez le plus tôt que possible*", ist jedoch für diesen Rath von manchen Seiten scharf getadelt worden. Man hat in diesem Ausspruche eine Ermahnung erblicken wollen, dass man mit Ausschliessung aller anderen Mittel, sobald ein Krup konstatirt ist, zur Operation schreiten solle. Dieses meinte Trousseau indessen nicht, denn er hat seine Worte mit dem Zusatze verdeutlicht, dass die Operation erst dann vorgenommen werden solle, wenn man die Gewissheit von der Gegenwart der Pseudomembran erlangt hat und keine Hoffnung hat, mit anderen Mitteln einen glücklichen Ausgang zu erreichen. Eine Schwierigkeit ist es aber, zu entscheiden, wann ein solcher Zustand eingetreten, und man hat vergeblich gesucht, irgend welche deutliche Bestimmungen in Rücksicht auf den rechten Zeitpunkt für die Vollziehung der Tracheotomie aufzustellen, die für jeden besonderen Fall zulässig sein können. Im Allgemeinen dürfte doch als Regel gelten können: dass, weil die Operation weniger gegen die ursprüngliche Krankheit selbst, als gegen ihre Aeusserungen und Folgen vorgenommen wird, man zuerst eine zweckmässige allgemeine und lokale arzneiliche Behandlung anwenden soll, dass aber, wenn diese sich unwirksam erweist, wenn die Symptome unverändert bleiben oder gesteigert werden, man zur Operation greifen muss, und zwar bevor die Kräfte zu tief gesunken sind, bevor sich die Pseudomembran bis in die Bronchien hinab erstreckt, so wie bevor Blutvergiftung und Anästhesie eingetreten sind.

Ist die Operation wohl beschlossen, so bleibt noch üb-

rig, die Stelle, woselbst, und die Weise, wie sie gemacht werden soll, zu bestimmen.

In erster Hinsicht dürfte jetzt wohl kein Zweifel mehr entstehen, nachdem die Erfahrung gezeigt hat, dass die Tracheotomie einen unbestreitbaren und grossen Vorzug sowohl vor der Laryngotomie als der Laryngotracheotomie besitzt. Was aber die Weise anbelangt, so sind die Meinungen darüber getheilt. Trousseau und die meisten Anderen rathen als das Sicherste, langsam zu operiren, und, um lästige, bisweilen gefährliche Blutungen zu vermeiden, durch behutsame Hautschnitte die Trachea blosszulegen, bevor sie geöffnet wird. Andere aber, wie Maisonneuve, Chassaignac u. s. w. rathen dagegen, mit einem Schnitte die Haut, die zwischenliegenden Theile und die Luftröhre zu durchdringen, und haben sie, um dieses leichter bewerkstelligen zu können, besondere, für diesen Zweck passende Instrumente erfunden.

Meiner Ueberzeugung nach ist es am besten, den Rath von Trousseau zu befolgen und die langsame aber sicherere Verfahrungsweise bei der Operation zu wählen.

Da ich annehmen muss, dass die Operation jedem Arzte wohl bekannt sein wird, so brauche ich dieselbe hier nicht zu beschreiben, will dagegen in Bezug auf die Behandlung nach der Operation an ein Paar Massregeln erinnern, deren Werth und Wichtigkeit ich mehrere Male beobachtet habe und also aus eigener Erfahrung beurtheilen kann. Um zu verhindern, dass nach der Operation und vielleicht durch dieselbe keine Pneumonie oder Bronchitis hervorgerufen werde und um das Sekret in der Luftröhre locker und leicht beweglich zu erhalten, muss der Operirte lauwarme, feuchte Dämpfe einathmen. Diesen Zweck erreicht man nun dadurch, dass der Kranke in dem oben empfohlenen Apparate für die Entwickelung solcher Dämpfe verbleibt, oder auch dadurch, dass ein in warmes Wasser getauchter Schwamm über die Operationswunde gebunden wird. Sollte aber demungeachtet die Absonderung dick werden und sich unter der Mündung der Kanüle in solchen Massen anhäufen, dass die Respiration erschwert oder unmöglich gemacht wird, so muss ein passen-

des Instrument (ein weiches Fischbeinstäbchen mit einem Schwamme oder eine elastische Röhre) rasch so weit hinab in die Luftröhre eingebracht werden, dass das verdickte und angehäufte Sekret erreicht und in Bewegung gesetzt wird, wodurch das Aufhusten desselben dann leichter erfolgen kann.

Von grosser Wichtigkeit ist es aber, die Kräfte des Kranken durch passende Nahrungsmittel aufrecht zu erhalten. Da aber das Schlingen nach der Operation öfter in hohem Grade gestört ist und das Niederschlucken von dünnflüssigen Substanzen besonders beschwerlich fällt, ja mitunter ganz unmöglich ist, so dürften festere Speisen oder dicke schleimige Suppen das beste und zweckmässigste Nahrungsmittel sein.

Gegenanzeigen gegen die Operation sind: 1) Ein junges Lebensalter. Vor dem Alter von $1^1/_2$ bis 2 Jahren dürfte die Operation wohl niemals glücken. 2) Die Ausbreitung des Exsudates bis in die feineren Bronchien hinab, wenn nämlich ein solches Verhalten mit Gewissheit bestimmt werden kann.

Aufzeichnungen aus der Praxis des Obermedizinalrathes Dr. J. v. Franque.

I. Behandlung des Keuchhustens.

Zahlreiche Erfahrungen in einer mehr als 40jährigen Praxis liessen mich folgendes Verfahren bei dem Keuchhusten als in hohem Grade wirksam erkennen: Die Behandlung wird mit gelind diaphoretischen Mitteln und mit Salmiak in schleimigen Dekokten begonnen und bei starkem Fieber, häufigem und trockenem Husten lasse ich zugleich Sinapismen abwechselnd auf die Waden und die Brust legen. Wird diese diaphoretische Behandlung und der Gebrauch des Salmiaks gleich von Anfang an 10—14 Tage mit Beharrlichkeit fortgesetzt, so wird der weitere Verlauf der Krankheit immer bedeutend erleichtert und abgekürzt. Wird aber die Behandlung des ersten Zeitraumes versäumt, so ist gegen den weiteren Verlauf nichts Besonderes mehr auszurichten.

Bei dem Uebergange in das Stadium convulsivum lasse ich den Salmiak mit Sulphur auratum verbinden, und sobald die krampfhaften Hustenanfälle rein ausgebildet sind, wird ein Infusum herb. Belladonnae in folgender Verbindung gegeben:

Rc. Herb. Bellad. ℈j
Infunde cum Aqu. fervid. ℥IV
Colat. adde Ammon. muriatic. depurat. ʒj
Succ. Liquirit. ℈j
Syr. Papaver. ℥j

MDS. Alle zwei Stunden nach Verschiedenheit des Alters einen bis zwei Theelöffel voll und allmählig bis zu einem halben bis ganzen Esslöffel voll zu steigen.

Bei manchen Kindern zeigt sich bei dem Gebrauche dieses Mittels nach einigen Tagen Scharlachröthe im Gesichte und in diesen Fällen lasse ich das Infus. Bellad. alsbald aussetzen und wieder ein einfaches Dect. Alth. mit Salmiak reichen. Bei einer regelmässig fortgesetzten Behandlung gelingt es meistens, mit diesen Mitteln die Hustenanfälle zu mässigen und sie in 10 -14 Tagen zu heben. Weniger wirksam zeigte sich mir die Belladonna in Verbindung mit Rad. Ipecacuanh.

Bei starker Schleimanhäufung gebe ich Brechmittel, die eine augenblickliche Erleichterung bringen, ohne aber den Verlauf der Krankheit abzukürzen oder zu verändern. Auch die von Autenrieth empfohlene Brechweinsteinsalbe habe ich in früherer Zeit öfter angewendet; allein nur bei wenigen Kranken, bei denen sie gleich in den ersten 8 Tagen der Krankheit so lange eingerieben wurde, bis eiternde Geschwüre entstanden, schien der Verlauf der Krankheit dadurch bedeutend abgekürzt worden zu sein. Die Einreibungen, welche erst in dem zweiten Krankheitsstadium gemacht wurden, blieben ohne allen wahrnehmbaren Einfluss. Ueberhaupt scheint es mir, dass diese Salbe aus der Reihe der Mittel gegen den Keuchhusten ganz gestrichen werden könne, da die schmerzhaften und schwer heilbaren Geschwüre, die bei einer tiefen Einwirkung derselben entstehen, fast ein grösseres Uebel für die Kinder sind, als ein einfacher Keuchhusten, und da sie,

wenn äussere Ableitungsmittel indizirt sind, durch andere weniger schmerzhafte Mittel ersetzt werden kann.

Bei Kindern, bei denen die erste Behandlung versäumt worden war, und bei denen die Heftigkeit der Hustenanfälle gänzliche Erschöpfung der Kräfte drohte, sah ich nach einem Blasenpflaster auf der Brust und nach dem inneren Gebrauche von Moschus mit Mercurius dulcis die Anfälle leichter und gelinder verlaufen.

Bei der so häufigen Komplikation des Keuchhustens mit Hydrocephalus acutus lasse ich örtliche Blutentleerungen vornehmen, Blasenpflaster auf den Nacken legen und innerlich Kalomel geben — aber alle Kinder, die ich mit dieser Komplikation in Behandlung bekam, sind am 3. bis 6. Tage, nachdem sich die ersten Anzeigen des Hydrocephalus gezeigt hatten, gestorben.

Einen der wichtigsten Punkte bei der Behandlung der Keuchhustenkranken ist die Diät, die auf das Sorgfältigste gehandhabt werden muss. Jede Erkältung, jede Erhitzung des Körpers, jede zu starke, hastig genossene Mahlzeit, wenn sie auch in den einfachen, leicht verdaulichen Nahrungsmitteln besteht, verschlimmert die Hustenanfälle. Besonders nachtheilig ist gieriges, schnelles Essen; jedesmal wird darnach ein heftiger Hustenanfall eintreten, der nicht eher nachlässt, als bis alles Genossene wieder herausgebrochen ist. —

Einen Fall von Keuchhusten möchte ich hier nicht unerwähnt lassen; er betrifft ein schwächliches Knäbchen, das am 8. Juli 1822 von einem Katarrhalfieber mit einem kurzen, trockenen Husten befallen wurde, der am 14. krampfhaft wurde und in Keuchhusten überging. Die Anfälle waren sehr heftig, so dass das Kind bei jedem Hustenanfalle in Erstickungsgefahr gerieth und deswegen Tag und Nacht beständig beobachtet werden musste. In der Nacht vom 18. auf den 19. hatte die Mutter die nächtliche Pflege des Kindes der Magd übertragen. Um das Kind zu beruhigen und um es in Schlaf zu bringen, kochte diese drei grosse Mohnköpfe in einem halben Schoppen Milch — ein Verfahren, welches von den Landleuten öfter als schlafmachendes Mittel bei Kindern missbraucht wird — und flösste dem Kinde so lange von dieser

Milch ein, bis es in einen tiefen Schlaf verfiel. Bei meinem Besuche am 19. Juli fand ich es in einem soporösen Zustande, das Gesicht geröthet, die Augen fest geschlossen, und die Hustenanfälle, die früher alle Stunden mit der grössten Heftigkeit wiederkehrten, waren gänzlich verschwunden. Es wurden Blutegel an die Schläfe gesetzt, Senffussbäder und Klystire angewendet, und so gelang es, das Kind aus dem soporösen Zustande wieder zu erwecken, aber damit kehrten auch die Hustenanfälle wieder, die bis zum 1. August dauerten, wo sich Hydrocephalus auszubilden anfing, an welchem das Kind nach 6 Tagen starb. — Diese Geschichte mag zugleich beweisen, dass bei zarten Kindern von dem unvorsichtigen Gebrauche starker narkotischer Mittel bei Keuchhusten leicht die schlimmsten Folgen entstehen können.

II. Krebs der rechten Niere bei einem Knaben von 8 Jahren.

Der Knabe war von Geburt an sehr zart und schwächlich, kränkelte häufig, überstand aber ohne besondere nachtheilige Folgen die Masern; seine Mutter war an Brustkrebs gestorben, sein Vater ist ein gesunder, kräftiger Mann.

Die häufigen Klagen des Knaben über Schmerzen in der rechten Seite und Brennen bei dem Uriniren liess man anfänglich unberücksichtigt, und suchte erst ärztliche Hülfe, als man auffallend schlechtes Aussehen und rasch zunehmende Abmagerung an dem Kranken bemerkte. Bestimmte Ursachen für diese Erscheinungen liessen sich anfangs nicht auffinden, bald aber erkannte man bei fortschreitender Abmagerung und Störung in der Verdauung ein Aufgetriebensein des Unterleibes und fühlte auch in der rechten Seite eine harte, unebene Geschwulst, die frei beweglich schien und nicht mit der Leber zusammenhing. Der Urin erschien anfänglich unverändert — als sich später Blut mit demselben in grösserer Menge entleerte, nahmen die Kräfte des Kranken rasch ab, die Geschwulst vergrösserte sich in demselben Verhältnisse, namentlich nach aufwärts; es kam zu häufigem Erbrechen und Schwerathmigkeit und der Knabe starb endlich an allge-

meiner Erschöpfung, nachdem die Krankheit ungefähr 7 Monate gedauert hatte.

Die Sektion wurde 18 Stunden nach dem Tode gemacht, wobei Folgendes gefunden wurde.

1) Aeussere Beschaffenheit der Leiche: Der ganze Körper war sehr abgemagert, die Haut war schlaff, welk; Fett und Muskeln waren so geschwunden, dass man die Knochen der Gliedmassen und des Rumpfes deutlich unterscheiden konnte. Der Bauch war ungewöhnlich stark aufgetrieben und in der Herzgrube war eine starke rundliche Geschwulst zu bemerken; sie fühlte sich hart an, ein Schwappen von Flüssigkeit war nicht zu bemerken. Auf dem Rücken waren mehrere Todtenflecke, übrigens war der Leichengeruch nicht stark und die Fäulniss noch nicht eingetreten. Alle Glieder waren verhältnissmässig wohlgestaltet und zeigten keine Abnormität. Unter der schlaffen Haut zeigten sich beim Durchschneiden die blassen und welken Muskeln.

2) Beschaffenheit des Kopfes: An dem äusseren Umfange war nichts Abnormes zu bemerken. Die Zunge war dick und breit, die Zähne missgestaltet, schwarz, und an einzelnen Stellen kariös. — Die harte Hirnhaut hing in ihrem ganzen Umfange fest an den Schädelknochen an; alle Blutadern waren stark mit Blut überfüllt. Das Gehirn mit dem verlängerten Marke und den Hirnhäuten wog 3 Pfund. Bei der Untersuchung der Gehirnsubstanz fand man die Konsistenz derselben von natürlicher Beschaffenheit; die graue Substanz umgab in überwiegender Menge die Marksubstanz. Die einzelnen Theile des Gehirnes zeigten keine wahrnehmbare Abweichung, nur fehlte der Gehirnsand, die vordere Kommissur war sehr dünn und in den beiden Seitenhöhlen des grossen Gehirnes, so wie in der Höhle des Kleinhirnes, war viel Wasser enthalten.

3) Die Bauchhöhle musste wegen ihrer grossen Ausdehnung und dadurch bedingten Verengerung der Brusthöhle vor letsterer geöffnet werden. Es stellte sich gleich bei der Oeffnung eine ungewöhnlich grosse Geschwulst auf der rechten Seite dar, die alle Eingeweide aus ihrer natürlichen Lage nach der linken Seite hin gedrängt hatte. Das Bauchfell war

verdickt und mit der darunterliegenden Geschwulst fest verwachsen, die Fortsätze desselben zeigten Spuren von Entzündung. Der Magen, Darm, die Milz und Bauchspeicheldrüse waren vollkommen normal; die Lymphdrüsen nicht geschwellt. Die Leber war mit der Geschwulst vielfach verwachsen; auf dem Durchschnitte zeigten sich zahlreiche kleine und 4 haselnuss- bis welschnussgrosse Markknoten. Die Geschwulst lag auf der rechten Seite, erstreckte sich vom Zwerchfelle bis zum Grunde des Beckens; sie hatte die Form und die Grösse eines schwangeren Uterus; sie war mit allen den sie berührenden Theilen fest verwachsen und hatte ein Gewicht von 12 Pfund. Bei der Untersuchung fand sich, dass diese Geschwulst aussen von einer derben faserigen Masse umgeben wurde, während das Innere eine mehr speckartige, sulzige Substanz bildet, die sich ziemlich leicht ausdrücken liess; von der äusseren Masse durchzogen die verschiedenen Stellen wie Zwischenwände einzelne Theile das Innere, welches dadurch in einzelne Höhlen und Fächer abgetheilt wurde; diese inneren Querbalken waren sehr blutreich und von starken Blutgefässen durchzogen. Die rechte Niere war ganz von der Geschwulst umschlossen, ihr Gewebe fast ganz durch dieselbe zerstört. Die linke Niere war vergrössert, hyperämisch, aber ihr Gewebe normal.

4) In der durch die Geschwulst sehr verengten Brusthöhle lagen die kleinen Lungen, sie waren von Blut überfüllt wie bei Erstickten und hatten eine dunkelrothe Farbe. An der unteren Fläche der rechten Lunge fand sich eine derbe infiltrirte Stelle.

5) In dem Hodensacke war nur auf der linken Seite ein kleiner Hoden enthalten, während der rechte Hoden gänzlich fehlte.

Wir haben in dem vorstehenden Falle das gerade nicht häufige Vorkommen von primärem Krebse der Niere bei einem Kinde, es spricht dafür sowohl der Verlauf der Krankheit, als das Ergebniss der Sektion. Die Geschwulst vergrösserte sich von unten nach aufwärts, zwischen ihr und der Leber konnte man anfänglich einen deutlichen Zwischenraum nachweisen und zeigte sich bei der Sektion der Krank-

heitsprozess in der Niere bei weitem mehr fortgeschritten und von älterem Datum als in der Leber, wo nur das Anfangsstadium der Ablagerung zu erkennen war.

III. Geschichte einer Herzkrankheit.

Anna Sch., 6 Jahre alt, Glasermeisterstochter. Vor seinem zweiten Jahre hatte das Kind noch keine besondere Krankheit überstanden. Es ist von gesunden und starken Eltern geboren, in deren Familien sich keine besondere krankhafte Disposition zeigt — nur die Mutter leidet zuweilen an arthritischen Beschwerden. Das körperliche Gedeihen des Kindes in den ersten Jahren war so vollkommen, dass man durchaus keine besondere Krankheitsanlage bei demselben vorauszusetzen berechtigt war. Nach dem zweiten Jahre erkrankte das Kind zum ersten Male sehr bedeutend und wahrscheinlich in Folge einer starken Erkältung, welche es sich beim Spielen auf einem feuchten Rasenplatze zugezogen hat. Worin diese Krankheit bestand, mit welchen Zufällen sie begleitet war, weiss ich nicht. Nach Aussage der Eltern blieb dem Kinde von dieser Zeit an eine bedeutende Engbrüstigkeit zurück und es wurde von häufigen Unpässlichkeiten befallen, gegen welche von verschiedenen Aerzten sehr verschiedene Mittel angewendet wurden. Engbrüstigkeit und Herzklopfen waren aber die hervorstechendsten Zufälle, welche sich auch dann einstellten, wenn das Kind lief, oder eine Treppe hinaufstieg, oder irgend eine andere körperliche Anstrengung machte. Die Anfälle von Engbrüstigkeit und Herzklopfen stellten sich gewöhnlich am Abende ein, dauerten die Nacht hindurch und liessen gegen Morgen wieder nach. Nachdem die Anfälle sich öfter wiederholt hatten, gesellte sich nach und nach zu denselben eine starke ödematöse Anschwellung des Leibes und der unteren Gliedmassen, wodurch die Beschwerden sehr vermehrt wurden. Diese ödematöse Geschwulst verlor sich gewöhnlich nach einigen Tagen von selbst wieder, womit auch eine bedeutende Erleichterung eintrat. Vor zwei Jahren habe ich den Kranken in einem solchen Anfalle zum ersten Male beobachtet. Bei dieser Untersuchung fand ich, dass das Kind sich seinem Alter gemäss

entwickelt hatte; die Grösse des Körpers war verhältnissmässig, derselbe aber nicht stark genährt, obschon nach Aussage der Eltern die Esslust sehr bedeutend war und alle Ab- und Ausscheidungen gehörig von Statten gingen, nur eine grosse Neigung zum Schweisse abgerechnet. Die Haut des Körpers ist sehr zart, die Haare blond, die Augen blau, in welchen sich, so wie in den Zügen des blassen Angesichtes, ein sehr tiefes körperliches Leiden aussprach. Das Athmen war kurz und ächzend, der Puls sehr gespannt und kaum fühlbar, aber vollkommen regelmässig. Der Herzschlag wellenförmig an der ganzen Brust fühlbar und so stark, dass die Rippen fühlbar davon bewegt wurden. Auch war die linke Seite der Brust höher als die rechte, und unter dem Brustbeine in der linken Hälfte der Herzgrube bemerkte man bei jedem Herzschlage eine hühnereigrosse Geschwulst. Der Leib war stark aufgetrieben und an dem starken Schwappen konnte man die ergossene Flüssigkeit leicht erkennen; die Füsse waren ödematös. Merkwürdig sind auch noch die Stellungen des Kindes, in welchen es meistens Erleichterung hatte. Es lag immer auf der linken Seite und legte die beiden Arme über den Kopf; wurde es von der Mutter getragen, so suchte es die Arme ebenso zu legen und im Sitzen stemmte es gewöhnlich die beiden Hände auf die Kniee. Uebrigens hatte es noch viel körperliche Stärke, konnte gehen, stehen, und wenn sein Leiden nicht zu gross war, hat es sich immer seinen Lieblingsspielen überlassen, in welchen es aber oft durch eine plötzliche Beängstigung gestört wurde, welche auch häufig den Schlaf unterbrach. — Die Gemüthsstimmung des Kindes war sehr wechselnd, meistens äusserst empfindlich, und seine Verstandesthätigkeit schon in hohem Grade entwickelt.

Diese Erscheinungen konnten es nicht zweifelhaft lassen, dass ein bedeutendes und zwar unheilbares Herzübel sich entwickelt habe, als dessen Folgen die übrigen Zufälle erschienen. Nicht unwahrscheinlich ist es, dass diese Krankheit die Folge einer durch die angegebene Erkältung verursachte Herzentzündung ist.

Durch Anwendung der Digitalis purpur. innerlich und äusserlich, der Aq. laurocer., des Crem. tartar., der Squilla,

durch eine Blase zwischen die Schulterblätter gelang es, die ödematösen Zufälle zu beseitigen und auf einige Zeit Erleichterung zu verschaffen. Das hielt indess nicht lange an, Beängstigung, öftere Ohnmachten, heftiges Herzklopfen kehrten von Zeit zu Zeit wieder und die ödematösen Anschwellungen wurden bei jedem Anfalle stärker, so dass sie sich immer weiter über den Körper verbreiteten, das Gesicht und die Hände einnahmen.

Innerlich durch dieselben Mittel und einige Male durch die Anwendung von Dampfbädern gelang es, eine Erleichterung zu verschaffen.

Im Herbste 1822 wurde die Kranke von dem Keuchhusten ergriffen, welcher mit grosser Heftigkeit einen 2wöchentlichen Verlauf machte. Während dieser Zeit waren die übrigen Zufälle unbedeutend und die ödematösen Symptome verschwanden gänzlich.

Im Februar 1823 musste die Kranke auch das damals allgemein verbreitete Scharlachfieber durchmachen, welches sie aber leicht überstand und nach demselben fand sie sich längere Zeit sehr erleichtert. Von dem Keuchhusten war ein kurzer, krampfhafter Husten, jedoch ohne allen Auswurf, zurückgeblieben, den die Kranke auch nicht mehr verloren hat.

Unter dem Wechsel dieser Erscheinungen war der Sommer für die Kranke erträglich vorübergangen. Gegen den Herbst aber schritt die Krankheit rasch ihrem Ende entgegen. Das Herzklopfen und die Beängstigung wurde bleibend und häufig stellten sich Erstickungsanfälle ein, die Wassersucht nahm zu und die angeführten Mittel, welche so oft schon Erleichterung gebracht hatten, wollten nicht mehr helfen. Am meisten Erleichterung hatte sie, wenn sie im Bette kniete und mit den Händen sich aufstemmte. Endlich stellte sich eine kolliquative Diarrhoe ein, auf welche sehr grosse Erschöpfung folgte; dabei hatte die Kranke allen Schlaf verloren und oft drei bis vier Tage und Nächte ohne allen Schlaf hingebracht.

Im November war der Leib so stark aufgetrieben, dass ein Zerreissen der Bauchdecken zu befürchten war. Ich liess deswegen die Punktion machen, durch welche wieder eine

grosse Erleichterung bewirkt wurde. Den 19. Dezember verschied die Leidende plötzlich unter dem Ausrufe: „Hülfe, Hülfe, ich sterbe!“

Am 20. Dezember wurde die Leiche geöffnet. Das Ergebniss dieser Untersuchung erscheint in jeder Beziehung sehr wichtig und ist kurz folgendes:

Arme, Beine, das Gesicht und der Leib waren stark angeschwollen — auf den Knieen eine aufgeriebene Stelle von der Grösse eines Sechsers. Die Wunde des Bauchstiches vollkommen geheilt.

Bauchhöhle: Bei dem Oeffnen derselben ergossen sich etwa 3 Maas Wasser. Der Magen und die Gedärme sind in natürlichem Zustande. Die Leber ungewöhnlich vergrösert, gewiss um das Vierfache des normalen Umfanges; ebenso war die Milz bedeutend vergrössert. Das Gewebe von beiden war nicht krankhaft verändert. Die Gallenblase war mit normaler Galle angefüllt. Die Bauchspeicheldrüse, so wie die Nieren, besonders auffallend aber die Nebennieren, vergrössert. Die grossen Venen strotzten von Blut.

Brusthöhle: Bei der Oeffnung derselben ergoss sich eine Maas Flüssigkeit, und das beinahe die ganze Brusthöhle einnehmende Herz wurde sogleich sichtbar. Der Herzbeutel ist sehr verdickt und das Herz gut um das Sechsfache vergrössert. In der rechten Kammer und Vorkammer fand sich viel schwarzes geronnenes Blut. Nachdem dieses entfernt war, bemerkte man in der Kammer einen etwa $1^1/_2$ Zoll langen dreieckigen Auswuchs, der mit seiner Spitze frei in die Herzhöhle hineinragte, an dem Grunde aber an die Wand der Kammer festgewachsen war. Das Gewebe des Auswuchses hatte Aehnlichkeit mit dem Muskelgewebe und eine blassrothe Farbe. In der Vorkammer fand sich ein weisslicher, sehniger Auswuchs von der Grösse einer Bohne, in welchem eine eiterige Flüssigkeit enthalten war. Das Foramen ovale war geschlossen. Kammer und Vorkammer waren der Grösse des Herzens entsprechend und ebenso die Dicke der Wandungen. In der linken Herzhälfte fand man dieselben Erscheinungen, doch war der Auswuchs in der Vorkammer ohne eiterige Flüssigkeit. Das Gewebe der Lunge war gesund,

hatte nur eine ganz dunkelrothe Farbe. In der Luftröhre war eine schaumige Flüssigkeit enthalten und der Kehlkopf ganz angefüllt von einer solchen. Die Thymusdrüse war grösser als sie in diesem Alter gewöhnlich zu sein pflegte und die Schilddrüse fiel besonders durch ihren Umfang und Blutreichthum auf.

Mittheilungen aus der ärztlichen Praxis von Dr. C. Nieberg in Berge (im Osnabrück'schen).

I. Einiges über Bräune und die neueren Behandlungsweisen derselben.

Die Bräune gehörte sonst nicht zu den in hiesiger Gegend sehr häufig vorkommenden Krankheiten; ein Jahr und länger verging öfter, ohne dass mir ein Fall zur Behandlung kam. Im Frühlinge 1863 erst kamen im Gefolge der Masern, erst in der Umgegend, dann auch hier im Orte, mehrere, stets recht bösartige, Bräuneanfälle vor, und seit dieser Zeit scheint dieses Uebel sich hier mehr einbürgern zu wollen. Früher war ich der Ansicht, dass der gewöhnliche lethale Ausgang des Krups der zu spät requirirten Hülfe zuzuschreiben sei und machte den Angehörigen darüber oft bittere Vorwürfe; 1863 aber bin ich durch 8 Fälle, die hier am Orte vorkommen, belehrt, dass nicht allein daran, sondern vielmehr an der Unwirksamkeit der bis dahin zur Bekämpfung des Krups gebräuchlichen Arzneimittel die Schuld lag. Hier wurde ich stets früh genug gerufen, aber dennoch entsprach das Resultat nicht im mindesten meinen Erwartungen. Es war mir daher sehr angenehm, gegen das Ende der Epidemie, durch einen Aufsatz meines Freundes Dr. R. Miquel zu Nienburg auf ein Mittel aufmerksam gemacht zu werden, wodurch er in einem verzweifelten Falle Heilung erzielt hatte, und wovon er für die Zukunft Hülfe erwartete, nämlich auf Einathmungen von Sauerstoff. Dieser Vorschlag erschien mir a priori

so rationell und darum so plausibel, dass ich beim nächsten Falle von Bräune, der leider mein eigenes $2^1/_2$jähriges Söhnchen betraf, nach Miquel's Methode verfuhr. Es war grösstentheils diphtheritischer Krup, was mir vorkam; bei meinem Kinde sah ich das diphtheritische Exsudat auf den Mandeln schon am Freitage Abends und Sonnabend gegen Morgen nahm erst der Husten den Bräuneton an. Es wurde sofort ein Emeticum gegeben und, wie dieses nichts daran änderte, von unserem Apotheker Fischer einige Kubikfuss Sauerstoffgas bereitet und ein Gemenge von Sauerstoff und atmosphärischer Luft im Verhältnisse wie 1 zu 3—4 in dazu passende Glasbehälter gefüllt. Diese Behälter hatten aber einen Glastrichter und an der Seite eine Oeffnung zur Aufnahme des Athmungsrohres. Goss man nun Wasser durch den Trichter in den Behälter, so musste das Gasgemenge durch die Seitenöffnung entweichen und konnte durch das darin angebrachte Rohr vor Mund und Nase des Kindes geleitet werden. Den ganzen Sonnabend hindurch war das Befinden des Kleinen noch ziemlich gut; er lag warm bekleidet und bedeckt in einer Wiege, wurde beständig hin und her geschaukelt, da der Luftzug ihm sehr angenehm war, genoss bald dieses bald jenes mit Appetit, schlief mitunter kurze Zeit und das Fieber war gelinde. Gegen Abend wurde es aber schlimmer; Heiserkeit, Husten, Athmungsnoth vermehrten sich und zur Bekämpfung letzterer machte ich erst wieder ein Brechmittel und später wurde mit den Inhalationen begonnen. Alle Kinder, die an Bräune leiden, sind auffallend willig und gehorsam, wohl deswegen, weil Widerspenstigkeit ihre Athmungsnoth u. s. w. steigert; so nahm denn auch mein Knabe die Röhre willig in den Mund und sog das Gas ein. Bei den ersten Zügen wurde er blass, scheinbar ohnmächtig, ich nahm die Röhre fort und, wie er sich wieder erholt hatte, wurde fortgefahren. Nun ging es gut, mit geringen Unterbrechungen wohl eine halbe Stunde, bis die erste Flasche leer war. Nun wurde beinahe eine Stunde pausirt und das Kind beobachtet, allein ich bemerkte in keiner Hinsicht irgend welche Veränderung in seinem Befinden. Eine zweite Flasche wurde dann vorgenommen und wie die erste ver-

braucht; um Mitternacht noch eine dritte, allein der Puls wurde rascher, der ganze Zustand hoffnungsloser; endlich wurde Alles weggelassen und Sonntags, — Morgens 6 Uhr, starb das Kind — 26 Stunden nach dem ersten Anfalle des Bräunehustens. Hier am Orte sah ich nachher noch ein Kind an Krup sterben, konnte aber in diesem Falle, weil es noch sehr jung und die übrigen Verhältnisse ungünstig waren, Sauerstoffeinathmungen nicht versuchen. Die Epidemie war auch ihrem Ende nahe, und wenngleich noch in der Umgegend einzelne Fälle vorkamen, so wurde ich doch nicht mehr konsultirt; die Leute meinten sehr richtig „wenn etwas daran zu machen gewesen wäre, so würde mein eigenes Kind nicht gestorben sein."

Bei einem 5jährigen Knaben machte ich auch noch, wie alle Mittel sich unnütz erwiesen und der Tod bevorstand, unter Assistenz meines Schwagers Dr. von Wehde, die Tracheotomie. Das Kind erholte sich augenblicklich und zwei Tage lang hoffte ich, es würde durchkommen, aber die Krankheit gab nicht nach; drei Tage nach der Operation, trotz aller Nachtwachen und aller Mühe, die wir uns gaben, starb auch dieses Kind. — Es starben überhaupt von den 8 hier im Orte befallenen und behandelten Kindern sieben, und eines genas bei der gewöhnlichen Behandlung, ohne dass ich angeben kann, wie und weshalb dies eine gerade durchkam. In der Umgegend, in Bippen, wurde auch ein Kind hergestellt, welches ich in Gemeinschaft mit Herrn Medizinalrath Dr. Brandt aus Fürstenau behandelte; dieses war aber kein diphtheritischer Krup und das Kind auch gewiss 6 Jahre alt, konnte also schon mehr aushalten.

Mit dem grössten Interesse habe ich nun vor einiger Zeit den Aufsatz des Herrn Collegen Dr. Steppuhn über Behandlung des Krups gelesen. Was ich mir selbst damals gedacht und geklagt habe über Unwirksamkeit der arzneilichen Behandlung dieses Uebels, über die unsäglichen Mühen, Nachtwachen und Aufregungen, die bei der Nachbehandlung nach der Tracheotomie vorkommen und es dem allein stehenden Arzte deshalb fast unmöglich machen, zu dieser Operation zu greifen, über das beneidenswerthe Selbstvertrauen einiger

Kollegen, die immer noch behaupten, wahren Krup durch Cuprum sulph. in der grossen Mehrzahl der Fälle heilen zu können, allen diesen meinen eigenen Gedanken finde ich Ausdruck gegeben in der erwähnten Abhandlung. Das Wichtigste aber ist der Schluss: das Mittel, welches der Herr Kollege bei Behandlung des Krups empfiehlt, und ich verfehle nicht, seinem Wunsche nachzukommen und hier mitzutheilen, dass ich kürzlich 2 Fälle von Bräune nach seiner Methode behandelt und beide glücklich geheilt habe.

Der erste Fall betraf einen sehr kräftigen Jungen von 5 Jahren. Alle Erscheinungen waren heftig, ich gab ihn nach meinen früheren Erfahrungen verloren, aber er erholte sich nach dreimaliger Anwendung eines Brechmittels in den ersten 24 Stunden, wenn die Athmungsnoth dieses erforderte, und vorschriftsmässiger Anwendung des Unguent. Neapolit. cum Opio. Den 4. Tag liess ich, weil ich Salivation befürchtete, die Einreibungen weg, in 8 Tagen war das Kind wieder ganz gesund.

Der zweite Fall betraf ein $1^1/_4$ Jahre altes Kind. Es bekam nur einmal, gleich im Anfange, ein Brechmittel, die Einreibungen wurden nur 48 Stunden lang nach Vorschrift gemacht und in wenigen Tagen war auch das Kind wieder hergestellt. Obschon ich es in beiden Fällen, so viel ich entdecken konnte, nicht mit diphtheritischem Krup zu thun hatte, welcher nach meinen Erfahrungen die gefährlichere Form ist, so habe ich doch durch den raschen günstigen Ausgang beider Fälle grosses Vertrauen zu der Steppuhn'schen Behandlungsweise gefasst und auch das hiesige Publikum, das nach den Erfahrungen von 1863 Bräune für den sicheren qualvollen Tod hielt, begrüsste und beschenkte mit Jubel die von dieser entsetzlichen Krankheit genesenen beiden Kinder.

II. Ueber subkutane Injektionen, besonders bei Kindern.

1) Das Instrument. Die Spritze, deren ich bei subkutanen Injektionen mich bediene, ist von Coxeter in London angefertigt und beim Herrn Apotheker Toel in Bremen für 4 Thaler zu bekommen. Weil die Spitze derselben aber nicht zweischneidig, sondern rund und schreibfederförmig zu-

gespitzt ist, so macht es an manchen Stellen des Körpers viele Schwierigkeiten, sie in die Haut einzustechen. Um daher der Gefahr, die Spitze der Spritze zu verbiegen, zu entgehen, mache ich stets den Einstich in die Haut mit einer zweischneidigen Heftnadel, einer Staarnadel oder einer spitzig zugeschliffenen Impflanzette, setze dann in diesen die Spitze der Spritze und schiebe sie nun unter rotirenden Bewegungen hinreichend weit (d. h. einige Linien) im Zellgewebe fort.

2) Die Medikamente. Es sind bis jetzt zum Einspritzen gebraucht: Morphium, Atropin, Strychnin, Coniin, Chinin und mehrere andere; ich habe von allen diesen nur Morphium und zwar Morphium aceticum gr. 1 Aq. destill. ʒj gebraucht. Von dieser Lösung fasst die Spritze circa 10 Tropfen und 6 bis 10 Tropfen davon haben mir bei Erwachsenen stets genügt, um Schmerzen, die ich dadurch zu beseitigen beabsichtigte, rasch und sicher in wenigen Minuten zu vertreiben. Bringt das Wesen der Krankheit es mit, dass die Schmerzen wiederkehren, so wiederholt man am folgenden Tage die Operation; gewöhnt sich der Patient an das Medikament, so verstärkt man die Dosis. Als Einstichspunkt wähle ich, wenn die Gegend es zulässt, stets die vom Kranken als am schmerzhaftesten bezeichnete Stelle.

3) Zu den Krankheiten, wogegen subkutane Einspritzungen gerühmt werden, gehören ausser den meisten schmerzhaften Krankheiten auch Intermittens, Asthma, Keuchhusten und mehrere andere. Ferner werden sie empfohlen zur Verlängerung der Chloroformnarkose, zur Linderung des Schmerzes bei der Einrichtung der Frakturen, Luxationen u. s. w. Ich habe bis jetzt Gebrauch davon gemacht bei Magenkrampf und schmerzhaftem Magengeschwüre, chronischen Rheumatismen, Ischias, rheumatischen Koliken, und in einem Falle von Atropinvergiftung.

Die Erfolge. In allen Fällen, wo ich sie anwandte, wurden die Schmerzen dadurch überraschend schnell, cito, tute et jucunde beseitigt. Die Operation an sich ist sehr wenig schmerzhaft und veranlasst keine Blutung; die sekundären Erscheinungen sind, nach der angegebenen kleinen Dosis des Morphiums, fast Null; des schwarzen Kaffees, den

Erlenmeyer dagegen empfiehlt, habe ich bis jetzt nicht bedurft.

Wichtiger als alle anderen Erfolge, die ich davon sah, war aber die Wirkung der subkutanen Morphium-Einspritzungen bei dem mir kürzlich vorgekommenen Falle von Atropinvergiftung. Da dieser Fall deshalb auch in weiteren Kreisen mit Interesse gelesen werden dürfte, so erlaube ich mir denselben hier spezieller mitzutheilen:

Am Charfreitage d. J. besuchte mich ein 16jähriges Mädchen in Begleitung ihres Vaters, um mich wegen ihres Augenleidens zu konsultiren. Sie war auf dem rechten Auge staarblind, auf dem linken seit einiger Zeit schwachsichtig, und gab an, stets kurzsichtig gewesen zu sein; vor zwei Jahren habe sie nach einem Stosse in's linke Auge das rechte verloren, jetzt fange auch das linke zu erblinden an; sie könne auch mit diesem nicht mehr lesen, ich möge ihr dieses doch erhalten, oder, wenn es besser sei, das rechte operiren. — Zur Erweiterung der Pupille gebrauche ich nun schon seit mehreren Jahren, wie die meisten Aerzte es jetzt wohl thun werden, statt des früher gebräuchlichen Extract. Belladonnae das Atropin. sulph. und schrieb denn auch jetzt, wie öfter in solchen Fällen, zur Erweiterung der Pupille und genaueren Untersuchung des Staares Atropin. sulph. gr. β, Aq. destill. 3j auf. Von dieser Lösung träufelte ich der Patientin einige Tropfen in's staarblinde Auge, weil aber mehrere Patienten da waren und ich mich bei dem Mädchen nicht gut längere Zeit aufhalten konnte, so übergab ich das Gläschen ihrem Vater mit der Weisung, ihr von Zeit zu Zeit noch einige Tropfen in's Auge zu träufeln, aber recht vorsichtig damit umzugehen, weil es sehr giftige Tropfen seien. Unterdessen ätzte ich einen Lupus mit Kal. caustic. und, wie ich mich nach vielleicht 10 Minuten wieder nach dem Mädchen umsehe, ist das Gläschen leer und beide Augen sind ganz enorm erweitert! — Erschrocken mache ich dem Vater Vorwürfe, dass er so viel eingeträufelt habe; der meint aber dagegen, es sei ja auch nur wenig im Glase gewesen, auch habe er ihr sicherlich nichts in den Mund gegossen, also habe es auch wohl nichts zu bedeuten; freilich eine sehr ungenügende

Beruhigung für mich. Das Mädchen war übrigens noch ganz wohl, sie wusch nun rasch das Auge aus, reinigte die Nase und ich liess ihr, da sie einen Weg von drei Stunden zu Fusse gemacht hatte, zur Erquickung ein Stück Semmelpudding mit Weinsauce geben. Sie ass davon mit Appetit, merkte aber bald, dass sie nichts herunterschlucken konnte und musste Alles wieder aus dem Munde herausnehmen. Nun reichte ich ihr eine grosse Tasse starken schwarzen Kaffees, diese trank sie leer und ging mit ihrem Vater in's Freie. Hier fing sie bald an zu taumeln und wild umher zu sehen; gab hastig verkehrte Antworten; Gesicht und Lippen wurden heiss, blauroth, Athem und Puls immer rascher und die Besinnung schwand mehr und mehr. Ich machte nun, weil Atropin und Morphium Antagonisten sind, im Nacken eine Einspritzung von 8 bis 9 Gran der Morphiumlösung (gr. I auf ʒj Aq.), und wie die Erscheinungen sich noch verschlimmerten, die Besinnung ganz fehlte und sie ungeheuer tobte und delirirte, bald darauf eine von 6 Gran. Nun kam auch Herr Apotheker Fischer, den ich hatte herbitten lassen, und brachte die gegen Atropin-Vergiftung gerühmten Mittel, nämlich Tinct. Opii, Aeth. acetic., Salmiakgeist zum Riechen und dergl. mit, aber das Mädchen konnte von allen diesen Mitteln, sei es, weil der Hals wirklich so sehr affizirt war, oder weil ihr die Besinnung fehlte, gar nichts herunter bringen. Wir legten sie nun auf ein Sopha und machten auf das Energischste kalte Umschläge über Kopf und Stirne; wegen der heftigen Delirien liessen diese sich aber schlecht anbringen und ich sah mich genöthigt, eine dritte und vierte Morphiuminjektion auf der Brust zu machen. Darnach fiel sie endlich in Schlaf, die kalten Ueberschläge wurden während desselben eifrigst fortgesetzt, der Puls wurde langsamer, wie auch der Athem, das Gesicht blasser, der Kopf weniger heiss. Einen Aderlass, den ich vorhin, wenn es nur möglich gewesen wäre, gemacht haben würde, hielt ich jetzt nicht mehr für nöthig. Nach ungefähr $1^1/_2$stündigem Schlafe erwachte sie wieder. Die Besinnung war noch nicht wiedergekehrt, doch war sie ruhiger, konnte wieder Wasser, Kaffee u. dgl. schlucken und mit alleiniger Unterstützung ihres Vaters im Garten auf- und nie-

dergehen. Hier blieb sie denn auch bis zum Dunkelwerden; die Abendfrische that ihr ersichtlich wohl; sie genoss Milch und Weissbrod, doch konnte sie sich noch immer nicht darauf besinnen, wo sie war, sondern glaubte, im elterlichen Hause in gewohnter Umgebung zu sein und betrug sich darnach. Erst gegen zehn Uhr Abends, wie sie im Bette lag, und ich sie wieder sah, war auch die Besinnung wiedergekehrt; sie fühlte sich angegriffen, klagte über Kopfschmerz und Schwindel; die Nacht verging aber unter ruhigem Schlafe und am folgenden Morgen fühlte sie sich so wohl und kräftig, dass sie den weiten Rückweg zu Fusse wieder machen konnte.

Die Einträufelungen waren um Mittag gemacht worden; die erste Wirkung des Atropins, Pupillenerweiterung, trat während derselben auf; die zweite war Trockenheit des Halses, Unvermögen, konsistentere Speisen zu verschlucken, ungefähr zehn Minuten später; gänzliches Unvermögen, zu schlucken und zu gehen, furibunde Delirien u. s. w. vielleicht wieder 15 bis 20 Minuten später, und damit war alle gewöhnliche therapeutische Behandlung auch schon unmöglich. Was hätte ich in diesem ominösen Falle beginnen sollen und was wäre wohl daraus geworden, ohne Morphium-Injektionen! wie rasch aber änderte sich verhältnissmässig die Scene nach der Injektion von reichlich $^1/_3$ gr. (Morphium). —

Ich habe, wie gesagt, in den letzteren Jahren Atropin-Einträufelungen häufiger gebraucht und stets von der angegebenen Stärke (gr. β Atropin. sulph. auf 3j Aq.), habe aber, ausser der beabsichtigten Pupillenerweiterung, keine Wirkung auf den Organismus davon gesehen; ich gebrauchte aber zur Erreichung meines Zweckes auch nie mehr als 10—12 Tropfen, wohingegen jetzt 60 Tropfen verbraucht waren, und alle anderen waren, so weit ich mich entsinne, betagte Personen, und dieses ein zartes 16jähriges Mädchen.

Mir ist durch diesen s. g. interessanten, in Praxi aber höchst uninteressanten, Fall in warnende Erinnerung gebracht, dass man es keinem Laien in die Hand geben darf, dass bei subkutaner Anwendung desselben gewiss die grösste Vorsicht nöthig ist, und dass Morphiuminjektionen, wenn in vielen Krankheiten empfehlenswerth und erfolgreich, wohl nie un-

entbehrlicher sein dürften als in Fällen ähnlich dem geschilderten.

Erlebnisse aus der Kinderpraxis.
Von Sanitätsrath Dr. Joseph Bierbaum.

I. Ascites diffusus.

Vorerinnerung.

Es ist wirklich auffallend, wie man selbst bis auf unsere Zeit hin die Wassersuchten in Einzelfällen noch als selbstständige Erkrankungen auffassen konnte. Mag die Darstellung der hydropischen Krankheitsfamilie in den Lehrbüchern immerhin auch einer leichteren Uebersicht und der Bequemlichkeit Rechnung tragen und selbst Vortheile bieten, die Selbstständigkeit ist weder klinisch, noch anatomisch begründet. Die Neuzeit ist daher ganz in ihrem Rechte, wenn sie mit der Tradition der älteren Medizin, welche den Symptomen einen zu hohen Werth beilegte und das ursächliche Verhältniss zu wenig beachtete, bricht und die Selbstständigkeit der Wassersuchten nicht mehr anerkennt. Nirgends steht die primäre Genese auf schwächeren Füssen, oder ist vielmehr dieselbe so unhaltbar, wie bei den Wassersuchten, mögen sie als Oedem oder Anasarka, oder aber als seröse Ergiessungen in den grossen Körperhöhlen auftreten. Man kann und darf die Wassersuchten nur für Symptome oder Folgezustände einer vorausgegangenen oder noch bestehenden Krankheit halten.

Diese genetische Auffassung der Wassersuchten, wenn gleich noch kein Gemeingut geworden, wird sich ohne Zweifel immer mehr Bahn brechen und bald sich einer allgemeinen Aufnahme erfreuen. Ich weiss recht wohl, dass selbst Aerzte, welche den Fortschritten der Wissenschaft folgen, sich noch nicht von der altherkömmlichen Ansicht lossagen können, sondern geradezu behaupten, dass die Wassersuchten bisweilen einen idiopathischen Charakter hätten. Allein man darf

wohl fragen, ob hier nicht das verzeihliche „Errare humanum", ungeachtet aller Beobachtungsgabe und Wahrheitsliebe, stattgefunden habe.

Uebrigens ist das wahre Sachverhältniss, wie die serösen Ergiessungen erfolgen, weder durch die pathologische Anatomie, noch durch die pathologische Physiologie aufgeklärt. Was die Schule von der vermehrten Exsudation und der verminderten Resorption sagt, gibt wenigstens über das Wesen des Missverhältnisses keinen näheren Aufschluss, abgesehen davon, dass die funktionelle Rolle des Lymphgefässsystemes noch genauer anzugeben ist. Somit bestehen für den praktischen Arzt die Wassersuchten nur als Thatsachen.

Diese allgemeinen Bemerkungen haben selbstverständlich auch für Ascites volle Geltung. Auch er anerkennt nur eine sekundäre Genese. Hier ist nur von der freien Bauchwassersucht die Rede, während die sogenannte Sackwassersucht ausgeschlossen bleibt. Die Eigenthümlichkeiten, welche den Ascites im kindlichen Alter auszeichnen, werden gehörigen Ortes hervorgehoben werden.

Pathologisch-physiologischer Charakter.

1) Der Ascites diffusus ist von der serösen Haut, welche die Bauchhöhle überzieht, eingeschlossen und hat hier den Sackwassersuchten gegenüber einen freien Spielraum, während das Oedem und Anasarka im Zellgewebe seinen Sitz aufschlägt.

2) Die Eigenwärme nimmt an der äusseren Körperoberfläche ab, und sinkt an den Extremitäten, besonders an den Beinen, selbst bis zur Eiskälte.

3) Die Haut verliert ihre Frische und Turgeszenz und bekommt ein blasses, erdfahles Aussehen, ein kachektisches Kolorit.

4) In demselben Verhältnisse, als das Krankheitsprodukt sich vermehrt, treten die Sekretionen der Haut, der Nieren und des Darmkanales zurück. Zugleich erfährt die Urinsekretion auch qualitative Veränderungen, namentlich enthält der Harn oft Eiweissstoff in kleinerer oder grösserer Menge.

5) Es treten in Folge des Druckes Störungen in der

Funktion der Verdauungsorgane ein. Bei hochgradiger Bauchwassersucht wird auch der Respirationsakt beeinträchtigt.

6) Das Krankheitsprodukt bildet sich bald rascher, bald langsamer, und sammelt sich in grösserer oder kleinerer Menge an. Auch die Beschaffenheit des Ergusses wechselt. Die Flüssigkeit ist bald hell und klar, durchsichtig, bald mattgelblich oder citronenfarben, bald grünlich, selten schwärzlich, bald trübe und molkenähnlich, mit albuminösen Flocken oder filamentösen Lymphschichten vermischt. Man kann einen rein serösen und einen serös-lymphatischen Erguss unterscheiden. Die Menge des Serum ist immer überwiegend, aber der Eiweissgehalt, in grösserer Quantität vertreten, als dies in anderen Wassersuchten der Fall ist.

7) Unsere hämatologischen Kenntnisse sind zur Zeit noch sehr unvollkommen. Jedoch wissen wir, dass das Blut in den Wassersuchten überhaupt und im Ascites insbesondere wichtige Veränderungen erfährt. Abgesehen von der Abnahme des spezifischen Gewichtes, die mit der Dauer und Zunahme der Wassersucht im geraden Verhältnisse steht, vermindert sich auch der Eiweissgehalt und die Fibrine im Blute, wahrscheinlich auch die Kruorine. Kurz, es zeigen sich im Blute die Erscheinungen der Hydrämie, die mehr oder weniger deutlich ausgesprochen sind.

Pathologisch-anatomischer Charakter.

Eine für alle Fälle gültige pathologisch-anatomische Basis gibt es nicht, vielmehr wechselt sie nach den verschiedenen Ursachen, von denen das Krankheitsprodukt abhängig ist. Eine beständige Erscheinung ist die Ablagerung einer krankhaften Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Das Bauchfell hat bisweilen seine Durchsichtigkeit verloren und zeigt Gefässverzweigungen, die im normalen Zustande fehlen. Die Abdominalorgane haben nicht bloss ihre feste Struktur eingebüsst und fühlen sich mehr oder weniger weich an, sondern bieten auch verschiedene andere Verletzungen dar. Dahin gehören Anschwellungen, Verhärtungen, skirrhöse Geschwülste, Vereiterungen, Spuren des Brandes. Die Desorganisationen finden sich bald in der Leber oder Milz, bald in den Nieren, bald

im Darmkanale, bald in den Gekrösdrüsen, und halten eine verschiedene Stufe der Entwickelung ein. Ausserdem trifft man mitunter auch in den anderen Körperhälften, namentlich in der Brusthöhle, einen serösen Erguss an. Die allgemeine Erweichung und Abmagerung äussert sich so recht auffällig an den Muskeln und der Haut, die sich erschlafft, teigig, matsch anfühlen und zugleich ihres Blutgehaltes beraubt sind.

Fälle aus der Praxis.

Erster Fall. — Maria B., 15 Monate alt, ein zartes Mädchen, hatte bereits sieben Zähne und war in letzterer Zeit sehr verdriesslich geworden. Seit mehr als 14 Tagen hatte die Esslust ohne auffällige Veranlassung ganz nachgelassen, und trank das Kind noch am liebsten Milch. Erst als die Eltern die starke Ausdehnung des Bauches wahrnahmen, erfolgte der Hülferuf. Der Bauch war vorne ausgedehnt und der Nabel blasenförmig hervorgetrieben, und auf der äusseren Decke des Unterleibes verliefen einige blaue Venen. Beim Anklopfen mit dem Finger fühlte man in der anderen Hand überall deutlich Fluktuation. Der Plessimeter ergab einen gedämpften, matten Ton. Die Genitalien, die Hände und Füsse waren frei von seröser Infiltration, dagegen zeigte sich das blasse Gesicht leicht aufgedunsen. Die Urinsekretion war sehr vermindert, die Haut trocken und spröde, die Zunge wenig belegt, weisslich, der Stuhl erfolgte täglich ein- bis zweimal, hatte eine dickbreiige Konsistenz und ein blasses Aussehen und enthielt weisse koagulable Flocken. Diese Beschaffenheit der Stuhlausleerungen bestand nach Aussage der Mutter schon längere Zeit. Das Kind bohrte häufig mit dem Finger in die Nase, und war an den Extremitäten abgemagert. Fieberbewegungen wurden anfangs nicht wahrgenommen, der Puls war matt, nicht recht gefüllt, Durst fehlte. Die Krankheit zog sich sehr in die Länge, und behielt im Ganzen die nämliche Physiognomie. Die Mittel, welche während der Behandlung vom 6. Februar bis zum 28. Oktober in Anwendung kamen, waren theils urintreibende, theils roborirende (Chininsulphat mit Leberthran), konnten aber die Krankheit nicht heben und den Tod abhalten.

Zweiter Fall. — Sophie S., 2 Jahre 6 Monate alt, ein früher gesundes Kind, war von der Treppe gefallen, ohne eine Verletzung zu bekommen. Nicht lange nachher fing das Kind zu kränkeln an, war sehr verdriesslich, verlor die Esslust, obschon die Zunge keinen Belag zeigte und der Stuhl sich regelmässig verhielt, und magerte an Armen und Beinen ab. Es bohrte oft den Finger in die Nase und hatte zeitweise Leibschmerzen. In den Morgen- und Abendstunden traten leichte Fieberbewegungen auf und rötheten sich die Wangen. Einige Spulwürmer waren mit dem Stuhle abgegangen. Der schon früher aufgetriebene Bauch war weich und nicht schmerzhaft beim Drucke.

Am 17. Dezember. Nachdem die beschriebenen Zufälle etwa acht Wochen angedauert hatten, verhielt sich der Zustand also: Der Leib war von der hypogastrischen Gegend bis zur Herzgrube aufwärts ungeheuer aufgetrieben und sehr gespannt, ohne bei der Berührung schmerzhaft zu sein. Auch spontan wurde nicht selten über Leibschmerzen geklagt. In der Mitte und in der epigastrischen Gegend war die Perkussion sonor, während sie im Hypogastrium dumpf und matt tönte und sich hier Fluktuation wahrnehmen liess. Der Urin war hell und klar und floss noch ziemlich reichlich, der Stuhl erfolgte täglich, die Zunge war rein, Esslust fehlte, Durst nicht vorhanden, Haut trocken, Puls gereizt und schwach.

Am 31. Dezember. Der Bauch war vorne ausgedehnt und gespannt und hatte über die Nabelgegend gemessen beinahe einen Umfang von zwei Fuss rheinl. Die Venen bildeten auf der äusseren Bauchwand ein ausgebreitetes Netz von bläulichen Adern, einige waren stärker mit Blut gefüllt, andere weniger. Eine merklichere Zunahme des Ascites liess sich nicht nachweisen, und blieben Gesicht, Hände und Füsse, die abgemagert waren, von ödematöser Anschwellung frei. Der Urin floss sparsam, hatte ein weisslich-trübes, schlammiges Aussehen und zeigte auf der Oberfläche ein buntschillerndes Häutchen. Täglich traten 1 bis 2 Stuhlausleerungen ein, die eine gelbliche Farbe und eine gehörige Konsistenz hatten. Die Zunge war rein und normal beschaffen, der Durst gering, der Puls gereizt und schwach, die Haut trocken, die Röthe

der Wangen, welche regelmässig in den Morgenstunden erschien, hatte sich verloren, die Esslust war launig, bald besser bald schlechter, Munterkeit wechselte mit Verdriesslichkeit, zeitweise machte sich gelindes Hüsteln wahrnehmbar, ohne besondere Störungen der Respirationsorgane, das Kind bewegte sich nicht gerne mehr, sondern blieb lieber ruhig in der Wiege liegen und hatte zeitweise einen guten Schlaf.

Zum inneren Gebrauche wurden Extr. gramin., Extr. card. bened.., Extr. c. aurant., Spir. nitr. aeth., Roob junip., Tart. boraxat. verordnet, und der Unterleib wurde mit Lin. Ammon. camphor. mit Mandelöl eingerieben. Diese Medikation, welcher eine passende Diät entsprach, bewirkte vollständige Heilung. Seitdem erfreut sich das jetzt herangewachsene Mädchen, welches bereits die Pubertätsjahre erreicht hat, des besten Wohlseins.

Dritter Fall. — Johann M., ein 3jähriger kräftiger Knabe, litt schon längere Zeit an Skabies, gegen welche bisher noch keine Mittel angewendet worden waren. Doch dies war nicht der Anlass zum Hülferufe, vielmehr drängte dazu eine andere Erkrankung. Es hatte sich nämlich vor mehreren Tagen ein hitziges Fieber, welches bei meinem ersten Besuche noch andauerte, erhoben und sich zu wiederholten Malen Erbrechen eingestellt. Die Temperatur der Haut war erhöht, die Ausdünstung gelinde, der Puls beschleunigt und mässig voll, der Durst vermehrt, die Zunge dunkelgelblich belegt, die Esslust geschwunden, der Stuhl träge, der Schlaf unruhig, der Urin floss sparsam und sah ganz dunkelroth und trübe aus, fast in's Schwärzliche hinüberspielend. Dazu hatte sich Wassersucht gesellt. Das Gesicht war aufgedunsen, der Bauch mit Wasser angefüllt, wie dies die deutliche Fluktuation nachwies, und der Hodensack wassersüchtig geschwollen. Ueberdies waren die unteren Extremitäten in ihrer ganzen Ausdehnung von Anasarka befallen, und zeigten sich zugleich beide Handrücken ödematös aufgetrieben.

So rasch die Krankheit aufgetreten, so schnell wurde sie auch wieder vollständig geheilt. Beim Gebrauche des Tartarus boraxatus trat nicht bloss eine sehr reichliche Urinsekre-

tion ein, sondern verlor der Harn auch gleich die dunkle, schwärzliche Farbe und nahm ein helles, klares Aussehen an. Der Ascites sowohl als die wassersüchtige Anschwellung der übrigen Körpertheile wurde in wenigen Tagen gehoben, ohne dass späterhin ein Rückfall erfolgte. Ich erinnere mich keines anderen Falles, wo die Heilung in so kurzer Zeit herbeigeführt wurde, obschon die Wassersucht einen so hohen Grad erreicht und sich so ausgebreitet hatte.

Vierter Fall. — Netta C., ein 3jähriges, kräftiges und bisher ganz gesundes Mädchen, wurde, weil zwei seiner Geschwister am Scharlach erkrankt lagen, aus dem elterlichen Hause zu Verwandten gebracht. Aber auch hier blieb das Kind nicht verschont, vielmehr wurde es noch am nämlichen Tage von Scharlach befallen und während der Nacht in das elterliche Haus zurückgetragen.

Das Fieber war am anderen Morgen sehr heftig, der Puls äusserst frequent, voll und kräftig, das Gesicht feuerroth und brennend heiss, der Kopf schwer und eingenommen und konnte sich nicht mehr allein aufrecht halten. Das Kind schlummerte anhaltend, unter starkem Klopfen der Karotiden, schreckte häufig auf und wurde besinnungslos. Die Temperatur war auch am übrigen Körper sehr erhöht, die Zunge rein, die Respiration schnarchend. Getränke wurden selten genommen. Der Urin war sparsam, hatte ein weisslich-trübes Aussehen und bildete ein Sediment.

Kaum 12 Stunden nach dem Ausbruche des Scharlachs traten fürchterliche Konvulsionen ein, mit grässlicher Verzerrung des Gesichtes und Schaum vor dem Munde, die sich an demselben Tage zu sechs verschiedenen Malen wiederholten. In der Zwischenzeit lag das Kind in tiefem Sopor, aus dem es sich nicht aufwecken liess. Es hatte durchaus kein Bewusstsein und war von Amaurose befallen. Auf die Anwendung von 4 Blutegeln und Salpeter schwanden die Konvulsionen und kehrten nicht wieder zurück. Auch die übrigen Hirnzufälle verloren sich, und das hypersthenische Fieber nahm den erethischen Charakter an, der Puls blieb fliegend,

war aber weich. Das Exanthem machte seinen regelmässigen Verlauf durch.

Am 17. Dezember. An diesem als dem nächstfolgenden Tage waren die Hirnzufälle völlig verschwunden, die Zunge weisslich belegt, der Stuhl erfolgt, mit einem grossen Spulwurme, späterhin gingen noch einige Askariden ab.

Am 18. Das Fieber war gelinde, die Zunge beinahe wieder rein und dunkel geröthet, die Halsdrüsen stärker geschwollen. Das Kind klagte über Dysurie und machte nur wenig Urin, der sich im weiteren Verlaufe noch mehr verminderte und einen Bodensatz bildete.

Am 1. Januar: Der Puls war noch immer beschleunigt, die Haut trocken und spröde, in der Abschuppung begriffen, nur der Kopf dünstete bisweilen gelinde aus. Der Urin floss sparsam, war hell und klar und bildete ein dickes Sediment. Das Gesicht war aufgedunsen und der Bauch etwas aufgetrieben, ohne eine deutliche Fluktuation wahrnehmen zu können. Die Submaxillardrüsen waren auf der rechten Seite des Halses bedeutend geschwollen, die Geschwulst verbreitete sich bis über die anliegende Parotis. Das Kind hatte noch keine Esslust, die Zunge war vorne rein und hinten weisslich belegt, kein Durst, wohl aber zuweilen Hitze und seit mehreren Tagen Neigung zum Durchfalle vorhanden. Der Schlaf wechselte, war bald gut, bald unruhig.

Am 3. Seit gestern wurden einige Tropfen Urin gelassen. Im Liegen war keine Fluktuation zu fühlen, wohl aber beim Stehen des Kindes. Die Perkussion ergab im Hypogastrium einen matten Ton, dagegen an den übrigen Stellen des Bauches einen sonoren. Die Aufgetriebenheit des Gesichtes dauerte fort, dagegen war weder an den Händen noch an den Beinen Oedem wahrzunehmen. Der später gelassene Urin war hell und klar, und machte einen dicken, weiss-röthlichen Satz. Die Haut blieb trocken, und die Abschilferung schritt langsam fort. Die Anschwellung der Halsdrüsen und der Parotis hatte etwas abgenommen und fühlte sich weicher an.

Am 5. Auch heute erfolgte in 24 Stunden keine Urinausleerung, dagegen traten zwei Stühle mit unverdauten Speisen ein. Die Zunge war wieder stärker belegt.

Am 6. Die Urinsekretion fiel reichlicher aus, der Urin selbst war hell und klar und bildete kein Sediment. Die Drüsengeschwulst am Halse war in Eiterung übergegangen, und wurde mit der Lanzette geöffnet.

Am 10. Der Urin hatte ein strohfarbiges Aussehen und floss in grösserer Quantität. Die Aufgedunsenheit des Gesichtes und der seröse Erguss im Bauche hatten sich verloren. Die Esslust nahm zu, obschon die Zunge noch belegt war. Erst am 14. Januar konnte das Kind als Konvaleszentin entlassen werden. Vollständige Genesung trat ein. Hinzufügen will ich noch, dass die Geschwister in Folge des Scharlachs weder von Anasarka, noch von Ascites befallen wurden.

Fünfter Fall. — Auguste H., ein 4jähriges kräftiges und gesundes Mädchen, überstand das Scharlachfieber, welches gelinde verlief, ohne ärztliche Hülfe glücklich. Das Kind ging bei kalter Jahreszeit zu frühe aus und zog sich dadurch eine Erkältung zu. In Folge dessen traten vier Wochen nach dem Scharlach Bauchwassersucht und Anasarka ein. Das Kind verlor seine Munterkeit und Esslust, bekam bei fast reiner Zunge Erbrechen, hatte oft Drang zum Stuhle, entleerte aber wenig, liess sparsam Urin, der anfangs jumentös, später hell und klar, strohgelblich war, klagte zeitweise über Kopf und Bauch, schlummerte viel und fühlte sich matt und hinfällig. Die Gesichtsfarbe wechselte, war bald roth, bald blass, das Gesicht selbst aufgedunsen, die Pupillen erweitert, die Respiration erschwert, der Puls gereizt und regelmässig, die Temperatur der Haut nicht erhöht. Leichte diuretische und darmausleerende Mittel bewirkten eine reichliche Urinsekretion und führten schon in sechs Tagen die Konvaleszenz herbei, die ohne weitere Störungen bis zur vollständigen Genesung fortschritt.

Sechster Fall. — Anna D., ein 5jähriges, schwächliches Mädchen, wurde nach längerem Siechthume, gegen welches keine ärztliche Behandlung nachgesucht, von Ascites und Anasarca befallen. Alle Zufälle waren derartig, dass ich

gleich bei meinem ersten Besuche nur eine ganz ungünstige Prognose stellen konnte. Alle Mittel, welche in Anwendung kamen, fruchteten nichts. Der Tod liess nicht lange auf sich warten. In ätiologischer Beziehung sei bemerkt, dass Tuberkulose der Erkrankung und der späteren Wassersucht zu Grunde lag.

Siebenter Fall. — Heinrich K., beinahe 6 Jahre alt, litt früher an Rhachitis und lernte erst in seinem vierten Lebensjahre mittelst Krücken gehen. Der Knabe wurde zum Hüten der Kühe verwendet und legte sich dabei oft auf die blosse Erde. Beim Eintreten der Erkrankung, von welcher hier die Rede ist, nahm er ein verdriessliches Wesen an, klagte über Mattigkeit in allen Gliedern und verlor die Esslust. Bei sparsamer Urinsekretion schwoll die ganze Körperoberfläche vom Kopfe bis zu den Füssen, Gesicht, Augenlider, obere und untere Extremitäten, leukophlegmatisch an. Die Geschwulst war prall und liess keinen Eindruck zurück. Auch der Bauch füllte sich mit Wasser an. Die Haut fühlte sich kalt an, und war trocken und spröde, die Zunge blassgelblich belegt und trocken, mit hervorragenden Papillen, der Stuhl erfolgt. Der Knabe hatte gar keine Esslust, aber viel Durst, bekam Brechreiz und selbst wirkliches Erbrechen, stöhnte und ächzte und klagte über Kopfschmerzen und Empfindlichkeit in der Herzgrube. Das Herz machte starke Palpitationen, die Respiration war beschleunigt und beschwerlich, Abdominalrespiration, Husten erschien selten, die Perkussion ergab am unteren Theile der Brust einen matten Ton und das Respirationsgeräusch war daselbst undeutlicher. So war der Zustand, als ich den Knaben zum ersten Male sah. Schon am nächstfolgenden Tage gab er seinen Geist auf.

Achter Fall. — Friedrich D., 7 Jahre alt, ein früher stets gesunder, kräftiger Knabe, dem es an angemessenen, warmen Kleidungsstücken fehlte, fing anfangs September, wahrscheinlich in Folge anhaltender Erkältung, zu kränkeln an und klagte namentlich über Mattigkeit in den Gliedern und Abnahme der Esslust. Das früher frische, blühende Aussehen

schwand und wich einer blassen Gesichtsfarbe. Dazu gesellten sich Leib- und Kopfschmerzen, häufiges Erbrechen und starker Durchfall.

Am 6. November. Erst an diesem Tage wurde ärztliche Hülfe in Anspruch genommen und war der Zustand also: Der Knabe lag hinter dem Ofen auf einer Bank gebettet. Das blasse Gesicht war breit aufgedunsen, der Kopf schmerzhaft, schwer und schwindlich, die Temperatur auf der Stirne erhöht, der Kopfschmerz remittirte und exazerbirte im Laufe des Tages mehrmals und wurde durch das einfallende Lampenlicht vermehrt. Der Bauch war bis über die Herzgrube hinaus enorm aufgetrieben, die Perkussion ergab im oberen Theile einen tympanitischen Ton, während der Ton in der Mitte des Bauches und im Hypogastrium dümpf, matt war und an diesen Stellen sich Fluktuation fühlen liess. Eine auffällige bläuliche Anfüllung der Venen an der äusseren Bauchwand fehlte. An den Genitalien fand sich keine Anschwellung, dagegen waren die Ober- und Unterschenkel stark geschwollen, ohne auf Druck eine tiefe Impression zu behalten, während die Hände und Arme eine geringere wassersüchtige Auftreibung zeigten. Eine Anschwellung der Leber und Milz liess sich weder durch Palpitation, noch durch Perkussion nachweisen. In den frühen Morgenstunden hatte sich ein heftiger Frostanfall eingestellt, und war auf denselben Hitze und starker Durst gefolgt. Hände und Füsse fühlten sich kalt an, dagegen war die Temperatur an den übrigen Körpertheilen Nachmittags eher erhöht als normal, der matte Puls machte 150 Schläge in der Minute, die Respiration war beschleunigt und sehr beschwerlich, ohne wahrnehmbare Regelwidrigkeiten in den Lungen und grösseren Bronchien, die Palpitationen des Herzens äusserst heftig, nicht bloss mittelst Auskultation hörbar, sondern auch sichtbar und fühlbar, die Diastole und Systole konnten sich kaum rascher folgen. Der Knabe hatte grosse Unruhe, wollte bald sitzen, bald liegen, vermochte aber nicht lange in dieser oder jener Lage oder Stellung auszuhalten und konnte kaum allein stehen, geschweige ohne Unterstützung eine kleine Strecke gehen. Nachts war die Unruhe noch grösser und die Respiration

noch keuchender und jagender, so dass der Knabe sich aufrecht setzte und das Bett verlassen wollte, um freier athmen zu können. Zeitweise hörte man einen leichten Husten, der keine weiteren Beschwerden verursachte. Alle Esslust fehlte, nur Suppe aus Buchweizengrütze wurde noch gerne genossen, die Zunge war vorne rein, ohne abnorm geröthet zu sein, dagegen auf der Mitte und Wurzel mehr belegt, seit mehreren Tagen bestand fast unlöschbarer Durst, der durch Kaltwasser befriedigt wurde, das Erbrechen dauerte hartnäckig fort und entleerte den Mageninhalt oder saure Massen, bei Tage und bei Nacht erfolgten häufige Stühle, die Ausleerungen selbst waren wässerig oder schleimig, von gelblicher Farbe, der Urin war sparsam, weisslich-trübe, stark sauer, enthielt aber kein Eiweiss.

Es wurde verordnet Infus. hb. digital. purp. (e gr. X p.) ʒ IV Tart. boraxat. 3j Tinct. opii croc. ♈ β Syr. alth. ʒj M. D. S. 3stündlich einen halben Esslöffel voll zu nehmen. Am nächsten Tage traten heftige Leibschmerzen ein, die sich bald wieder verloren, nur ein dünner Stuhl erfolgte, das Erbrechen blieb aus, der Durst war gelinder, die Urinabsonderung stärker. Diese Besserung war aber nicht von Dauer, vielmehr kehrten Erbrechen und Durchfall zurück und wurde, besonders Nachts, die Respiration wieder so beschwerlich, keuchend und jagend, dass der Knabe nicht liegen konnte und sich im Bette aufsetzen musste. Gegen das Erbrechen, den Durchfall und die Dyspnoe zeigten sich ganz besonders heilsam folgende Pulver: Magister. bismuth. gr. jβ Extr. opii gr. 1/8 Sacch. alb. ♈ β M. D. S. 2stündlich ein Pulver zu nehmen.

Am 19. Dezember. Die Respiration war zwar noch beengt und beschwerlich, aber viel ruhiger, die starken Palpitationen des Herzens hatten bedeutend nachgelassen, ja sich fast ganz verloren, die Auskultation und Perkussion der Brust ergab in den Lungen keine Regelwidrigkeit, nur machten sich, besonders auf der Rückenfläche, trockene Rasselgeräusche vernehmlich. Seit zwei Nächten konnte der Knabe wieder liegen und schlafen. Der Bauch war ungleich aufgetrieben, die obere Partie, vom Nabel bis über das Epigastrium hinaus,

ragte viel stärker hervor, als die untere. Die Fluktuation und Perkussion wiesen nach, dass die Wasseransammlung bis zum Nabel reichte; in der überliegenden Bauchgegend war keine Fluktuation zu fühlen und hatte das Anklopfen einen hellen, tympanitischen Ton. Der Hodensack war wassersüchtig geschwollen und der Penis ödematös und schlangenförmig gedreht, die Geschwulst der Oberschenkel hatte nachgelassen, während die Unterschenkel und Füsse noch stark geschwollen waren und den Fingereindruck wegen starker Spannung schnell wieder fahren liessen; die Hände und Arme verhielten sich wieder normal und das Gesicht war weniger aufgedunsen. Die oben erwähnten Pulver hatten das Erbrechen und den Durchfall gleich gestillt, jedoch war der Stuhl noch flüssig. Die Zunge war bloss hinten noch gelblich belegt, sonst rein und feucht, Durst wenig, die oben angegebene Suppe blieb noch immer die Lieblingsspeise, die Temperatur der Haut gesunken, der Puls ruhig und matt, über Kopfschmerzen und Schwindel wurde wenig geklagt. Noch muss ich hervorheben, dass seit der günstigen Wirkung der Pulver die Urinsekretion sich in ganz auffälliger Weise vermehrt hatte. Wurde doch in der Nacht auf den 20. Dezember mehr als ein Maas Urin gelassen, und hatte derselbe ein helles, klares Aussehen und eine goldgelbliche Farbe.

Am 28. Die seröse Infiltration hatte sich im Gesichte, an den Geschlechtstheilen und an den unteren Extremitäten gänzlich verloren und die Wasseransammlung im Bauche abgenommen. Der Bauch war noch immer aufgetrieben, die Perkussion ergab aber bloss in der hypogastrischen Gegend einen matten, gedämpften Ton, während sie an den übrigen Stellen sonor war. Das Erbrechen hatte sich nicht wieder eingestellt und die Esslust sich bei reiner Zunge vermehrt. Die Dyspnoe und Orthopnoe waren verschwunden, der Schlaf gut, die Physiognomie frischer und munter, die reichliche Urinsekretion währte fort. Nur kehrte die Diarrhoe, die gewiss durch die ungünstige Diät beeinflusst wurde, zeitweise wieder zurück und war sie an einzelnen Tagen stärker, als an anderen. Die Ausleerungen erfolgten freilich bei weitem nicht so häufig, wie früher, blieben aber noch flüssig. Das

Tannin minderte zwar den Durchfall, konnte ihn aber nicht völlig heben. Erst als eine Auflösung von Argentum nitricum (gr. j β auf Aq. dest. ℥iv Syr. alth. ℥β) in Anwendung kam, wurden die Stuhlausleerungen gebunden und traten sie viel seltener ein. Kurz, die Konvaleszenz schritt nun ungestört fort.

Neunter Fall. — Charlotte B., ein 7jähriges früher gesundes Mädchen, wurde, als ihre 3 Jahre alte Schwester noch lange nicht vom Scharlachfieber genesen war, ebenfalls von dieser Krankheit befallen. Als ich das Kind zum ersten Male besuchte, stand der Scharlach bereits in der schönsten Blüthe, die Halsentzündung und das Fieber waren stark, der Puls sehr frequent, die Temperatur der Haut sehr erhöht, die Submaxillardrüsen geschwollen, die Zunge dick belegt, die Esslust geschwunden, der Durst vermehrt, der Stuhl träge. Das Kind lag anhaltend in tiefer Schlummersucht, und konnte nur durch Rütteln und Anrufen auf einen Augenblick aufgeweckt werden. Nach drei Wochen fühlte sich das Kind, obschon die Haut sich noch an mehreren Stellen in grösseren und kleineren Lappen ablöste, recht wohl und ging bei warmer Witterung mit entblössten Füssen zu seinen etwa zehn Minuten entfernt wohnenden Gespielinnen, verweilte da den ganzen Nachmittag, ass und trank mit Appetit und genoss namentlich viel Obst. Der doppelte Fehlgriff blieb nicht lange ungestraft. Es trat Erbrechen ein, die Esslust schwand, die Temperatur der Haut steigerte sich, der Puls war beschleunigt, der Durst vermehrt, der Stuhl gelblich, die Urinsekretion sparsam, das Gesicht geröthet und aufgedunsen, das rechte obere Augenlid erysipelatös geröthet und stark geschwollen, der Hals auf der rechten Seite schief und schmerzhaft, der Kopf liess sich nicht gerade stellen, die Haut dünstete gelinde aus, die Zunge war mattgelblich belegt und zeigte an den Rändern stellenweise grosse Pseudomembranen von mattgelblicher Farbe, die fest aufsassen. Dazu gesellte sich rasch Anasarka an Händen und Beinen und Ascites in geringerem Grade. Der Urin floss sehr sparsam und war ganz trübe, morastig, fast schwärzlich, und machte einen dunkelgrauen Bodensatz; er reagirte sauer und enthielt auffallend viel Ei-

weiss. Schon am folgenden Tage war der Urin beim Gebrauche einer Auflösung von Tartarus boraxatus nicht bloss vermehrt, sondern auch etwas heller, und drei Tage später noch mehr aufgehellt und ohne Sediment, jedoch blieb die Menge des Eiweissstoffes noch beträchtlich. Das Kind wurde in kurzer Zeit völlig wieder hergestellt.

Zehnter Fall. — Carl B., ein 8jähriger kräftiger, blühender Knabe, überstand in seiner ersten Kindheit glücklich einen hochgradigen Pseudokrup, die Masern und das Typhoidfieber, und erfreute sich sonst stets des besten Wohlseins. Ohne auszumittelnde Veranlassung trat ein Siechthum ein. Der früher muntere Knabe wurde traurig, verlor immer mehr die Esslust, klagte zeitweise über Kopf- und Leibschmerzen, fühlte Mattigkeit in den Gliedern, hatte keine Lust am Spielen und büsste allmählig das frische Aussehen ein. Er wurde anhaltend von Uebelkeit geplagt, die weder durch Speisen und Getränke, noch durch Arzneien beseitigt werden konnte. Die Zunge hielt sich rein und blieb normal beschaffen, während der Stuhl schon frühzeitig mehrmals im Laufe des Tages eintrat, eine graue Farbe hatte und in ungewöhnlich grosser Masse erfolgte. Die Uebelkeit ging in Brechreiz und der Brechreiz in wirkliches Erbrechen über. In ähnlicher Weise verhielt es sich mit den Stuhlausleerungen, die ganz flüssig wurden und häufig eintraten. Das Erbrechen und der Durchfall dauerten nun während der ganzen Krankheit bis zu ihrem Ende fort, wenn sie auch nicht alle Tage eben heftig waren. Unter diesen Umständen konnte die Abmagerung und der Kräfteverfall nicht befremden. Und dennoch hielt sich der Knabe lange auf den Beinen, ehe er bettlägerig wurde. Hierzu gesellten sich gegen das Ende der Krankheit, die fast ein volles Jahr anhielt, Anasarka und Ascites. Der schon früher volle Bauch war sehr aufgetrieben und fluktuirte beim Anschlagen ganz deutlich, der Hodensack war mit Wasser angefüllt und das Glied schlangenförmig gedreht, die Beine waren stark geschwollen, mit Rissen in der Oberhaut. Nachdem der seröse Erguss in der Bauchhöhle sich wieder verloren, konnte man durch die zusammengefal-

lenen Decken des Unterleibes deutlich zwei harte Geschwülste, die sich seitwärts vom Nabel befanden, fühlen. Alle Bemühungen, den Kranken zu retten, waren vergebens; nicht einmal liessen sich die qualvollsten Zufälle, namentlich das Erbrechen und der Durchfall, lindern, vielmehr trotzten sie hartnäckig allen Mitteln.

Eilfter Fall. — Anna Maria D., ein 9jähriges zartes Mädchen, blieb, als im Frühjahre seine Geschwister und seine Mutter vom Scharlachfieber befallen wurden, von dieser Krankheit verschont, fing aber noch im Herbste des nämlichen Jahres zu kränkeln an. Das Kind verlor die Esslust, genoss Morgens früh vor dem Besuche der Schule nur wenig und hatte selbst in den späteren Nachmittagsstunden bei der Heimkehr, wo erst die Mittagsmahlzeit genommen wurde, keinen guten Appetit. Dazu gesellte sich im weiteren Verlaufe Durchfall und im Ganzen zweimal Erbrechen.

Bei meinem ersten Besuche, nachdem die Krankheit schon längere Zeit bestanden, war der Zustand also: Das Kind war ganz abgemagert, das Gesicht blass und verfallen, die Nase zugespitzt, alle Esslust fehlte bei fast ganz reiner Zunge, der Durchfall dauerte seit zwei Monaten an und erfolgten täglich 4 bis 5 Stühle, die ganz dünn und übelriechend waren und eine gelbliche Farbe hatten. Die Brust war frei, wie dieses die Auskultation und Perkussion nachwies, die Respiration ruhig, der Puls beschleunigt, klein und matt, der Schlaf gut, der Kräfteverfall derartig, dass das Kind nicht mehr allein gehen konnte. Der Bauch war sehr aufgetrieben, der Nabel verstrichen und ganz weich, mit dunklem Blute angefüllte Venen verliefen auf der äusseren Bauchwand, beim Anklopfen ergab sich deutlich Fluktuation und ein matter Ton, die Füsse waren schon seit vier Wochen bis über die Kniee wassersüchtig geschwollen, die Waden beim Drucke schmerzhaft, der Unterleib bei der Berührung empfindlich, besonders in der Gegend des linken Leberlappens, die Urinsekretion sparsam, die Haut trocken und spröde. Roborirende Mittel mit Opiumtinktur verbesserten zwar anfangs den Zustand, konnten aber doch keine Heilung bewirken. Das Kind starb.

Zwölfter Fall. — Albert O., 9 Jahre alt, ein kräftiger Knabe, wurde von dem epidemischen Scharlach befallen, der regelmässig verlief, und fühlte sich anfangs wohl. Bald nachher aber trat Anasarka und Ascites ein, der Bauch fluktuirte deutlich, das Gesicht war aufgedunsen, die oberen und unteren Extremitäten mit Wasser infiltrirt. Der Knabe war sehr kurzathmig und liess wenig Urin. Digitalis, Baccae juniperi, Kali aceticum, Tartarus boraxatus waren die Mittel, welche neben einer guten diätetischen Pflege in Anwendung kamen. Die Dyspnoe verlor sich, der Urin floss reichlich, die Hautthätigkeit stellte sich wieder ein, die Esslust nahm zu. So erfolgte bald vollständige Genesung.

Dreizehnter Fall. — Dina L., 10 Jahre alt, ein schwächliches Mädchen, welches in dürftigen Verhältnissen lebte, fühlte sich schon längere Zeit vor dem Hülferufe unwohl, hatte keine Esslust und klagte bald über Kopfschmerzen, bald über Leibschmerzen. Das Gesicht war blass und aufgedunsen, der Bauch enthielt Wasser, wie dieses die Fluktuation und Perkussion nachwies, die Unterschenkel waren von Anasarka befallen, eine Vertiefung über dem Fussgelenke trennte die wassersüchtige Anschwellung der Unterschenkel von der der Füsse, die vordere und seitliche Fläche der Unterschenkel fühlte sich härtlich an, während die übrigen Stellen der geschwollenen Theile weich waren und den Fingereindruck behielten. Esslust fehlte, die Zunge war rein, der Stuhl regelmässig, die Haut trocken, die Temperatur nicht erhöht, an den Füssen gesunken, der Puls gereizt, der Urin sparsam, hell und klar, von blasser Farbe. Durch den Gebrauch von Herba virgae aureae, Coccionella und Tartarus boraxatus wurde bald Heilung herbeigeführt.

Vierzehnter Fall. — Bernard R., 12 Jahre alt, war in den letzteren Jahren nicht recht gesund und klagte häufig über Kopfschmerzen, besonders wenn er die Schule besucht hatte. Vier Wochen vor dem Hülferufe wurde er von Febris intermittens tertiana befallen, die nach längerem Bestehen endlich auf den Gebrauch verschiedener Hausmittel schwand.

Es folgte aber keine vollständige Genesung, vielmehr trat gleich hinterher Ascites mit wassersüchtiger Anschwellung des Hodensackes ein. Der Knabe fühlte sich, obschon sich die Wechselfieberanfälle verloren hatten, doch einen Tag um den anderen kränker und hatte gar keinen Appetit. Er sah blass und aufgedunsen aus, hatte bleiche Lippen, war matt und hinfällig und machte wenig Urin, der hell und klar, aber blass war. Eine Auflösung von Natrum carbonicum verbesserte gleich die Esslust und bewirkte eine vermehrte Diurese, die beim Gebrauche des Tartarus boraxatus noch mehr zunahm. Kurz, die vollständige Wiederherstellung liess bei fernerer Anwendung von Chinin nicht lange auf sich warten. Noch will ich hinzufügen, dass in der diesjährigen Epidemie, welcher der vorstehende Fall angehörte, die Intermittens bei Kindern häufig in Wassersucht überging.

Fünfzehnter Fall. — Anton Sch., 13 Jahre alt, ein kräftiger, gesunder Knabe, litt in seinem zehnten Lebensjahre an Intermittens, die unter dem Tertiantypus verlief und mit völliger Genesung endigte. Drei Jahre später bekam er zur Zeit, wo die Intermittens wieder epidemisch herrschte, zuerst Mattigkeit in allen Gliedern, gestörte Esslust, Halsschmerzen, eine mattgelbliche Gesichtsfarbe. Dazu gesellte sich bald ein Tertianfieber, welches schon nach einigen Anfällen von selbst ausblieb, als an den Lippen ein Bläschenausschlag erschien. Die Genesung war aber nicht vollständig. Die Abgeschlagenheit in allen Gliedern und das eigenthümliche, mattgelbliche Aussehen dauerten fort, die Esslust fehlte bei fast reiner Zunge, täglich traten ein bis drei Stühle ein. Ueberdies hatte der Knabe an den früheren Fiebertagen Gähnen, Strecken der Glieder und Schmerzen über den Augen und klagte zugleich über Schmerzen, wenn auf das Präkordium und die Hypochondrien ein Druck angebracht wurde. Das Gesicht war aufgedunsen, die Füsse, der Bauch und die Geschlechtstheile schwollen wassersüchtig an. Nicht lange nachher kehrten die Fieberanfälle zurück, und trat jeden Tag um die Mittagszeit Frösteln und kaltes Ziehen ein, auf welches erhöhte Eigenwärme und eine gelinde Ausdün-

stung folgte. Die Fieberanfälle waren gelinde und mit Schlafsucht verbunden. Durch das Chininsulphat wurde das Fieber gehoben, und bei Anwendung des Extractum cardui benedicti mit kleinen Gaben von Spiritus nitrico-aethereus nahm die Urinabsonderung in ganz auffälliger Weise zu, so dass der Knabe eines Tages sogar sechszehn Mal harnen musste. Nach dem Schwinden der Wassersucht, die sich rasch verlor, erfolgte vollständige Genesung, die durch keinen Rückfall getrübt wurde.

Sechszehnter Fall. – Josephina S., beinahe 13 Jahre alt, ein schwächliches Mädchen, wurde nach dem Scharlachfieber von Wassersucht befallen und war bereits sieben Wochen krank, als ich das Kind zum ersten Male sah. Das Gesicht war blass und aufgedunsen, die oberen Augenlider ganz ödematös, die Hände stark geschwollen, während an den unteren Extremitäten, selbst um das Fussgelenk herum, sich keine Anschwellung zeigte. Zugleich bestand Ascites und Hydrothorax. Der Bauch war stark aufgetrieben, die Fluktuation deutlich und die Perkussion matt. Das Kind hatte grosse Athemnoth, die sich Nachts steigerte, und konnte nur in aufrechter oder halbsitzender Stellung im Bette aushalten und wurde von Husten, der bald trocken, bald mit einem weissen Schleimauswurfe verbunden war, geplagt. Dazu kamen Rasselgeräusche, matte Perkussion am unteren Theile der Brust und schwaches Athmen bei der Auskultation. Die Urinsekretion war äusserst sparsam und erfolgte oft den ganzen Tag gar keine Ausleerung, der Urin war anfangs jumentös, später hell und klar, von mattgelblicher Farbe, der Stuhl träge, die Zunge weisslich belegt, mit entwickelten Papillen und geröthetem Grunde, der Appetit schlecht, der Schlaf gestört, die Haut trocken und spröde, die Eigenwärme gesunken, der Puls gereizt und matt, der Kräfteverfall gross. Nach viertägiger Behandlung trat der Tod ein.

Siebenzehnter Fall. — Johann M., ein 14jähriger früher gesunder Knabe, wurde nach Baden im freien Flusse von Rheumatismus vagus, der besonders die Kniee befiel und

fieberlos verlief, befallen. Auf den Oberschenkeln zeigte sich im weiteren Verlaufe Urticaria. Nach längerer Andauer des Rheumatismus gesellte sich hochgradiger Ascites und Anasarka hinzu. Der Tod liess sich nicht abwenden.

Achtzehnter Fall. — Hermann R., 14 Jahre alt, ein zarter, in der Entwickelung zurückgebliebener Knabe, litt zur Zeit, als ärztliche Hülfe nachgesucht wurde, an skrophulösen Geschwüren am Halse und hatte unter dem Kinne eine noch nicht aufgebrochene Geschwulst. Er klagte über Frösteln, Kopfschmerzen und Mattigkeit. Die Esslust war gestört, die Zunge nicht sehr belegt, lebhaft geröthet, mit hervorragenden Papillen, das Präkordium und beide Hypochondrien beim Drucke empfindlich, die Temperatur der Haut erhöht, der Puls beschleunigt, klein, die Urinsekretion vermindert, der Harn selbst strohgelblich, neutral, der Stuhl regelmässig, zeitweise anstossender Husten. Schon seit 14 Tagen bestand Oedem der Füsse, die oberen Augenlider waren wassersüchtig geschwollen. So war der Zustand bei meinem ersten Besuche am 10. Juli.

Am 16. Juli. Das Frösteln und die Kopfschmerzen hatten sich verloren, die Zunge war reiner, mit weniger hervorstehenden Papillen, die Esslust besser, der Stuhl erfolgte täglich 1 bis 2 Mal und sah bräunlich aus. Indessen hatte der seröse Erguss überall zugenommen. Das blasse Gesicht war sehr aufgedunsen, die oberen Augenlider waren so stark geschwollen, dass das rechte Auge gar nicht und das linke Auge nur halb geöffnet werden konnte, die Geschwulst der Füsse reichte bis zu den Knieen, der Bauch fluktuirte, der Hodensack war mit Wasser angefüllt und hatte eine bläuliche Farbe. Beim Gebrauche der Coccionella wurden in 24 Stunden $1^1/_2$ bis 2 Maas Urin gelassen, und nahm die wassersüchtige Anschwellung ab, ohne jedoch ganz zu schwinden.

Am 28. Die Urinausleerung betrug in 24 Stunden kaum ein Maas, das Gesicht und die Augenlider waren wieder ödematös, das Anasarka an den Beinen, während die oberen Extremitäten noch frei blieben, hatte zugenommen, die Füsse waren glänzend und warm, die Wasseransammlung im Bauche

vermehrt, das Glied schlangenartig gewunden. Der Urin hatte ein goldgelbliches Aussehen und reagirte schwach sauer, der Appetit war ziemlich gut, die Zunge weisslich belegt, täglich erfolgten 2 bis 3 Stühle, zeitweise traten in der Nabelgegend Leibschmerzen ein.

Am 2. August. Die Wassersucht blieb noch bedeutend, obschon die Urinsekretion sich beim Gebrauche der Digitalis und der Virga aurea wieder vermehrte. Seit einigen Tagen hatte der Knabe einen schroffen, rauhen Husten und Schmerzen im Kehlkopfe (Laryngealkatarrh), die sich allmählig wieder verloren. Das Herzschlagen war stark, der Puls frequent und klein, die Auskultation und Perkussion der Brust ohne Regelwidrigkeiten der Lungen, der Durchfall dauerte fort, die Zunge hatte sich mehr geröthet.

Am 6. Ascites und Anasarka hatten zugenommen, das Gesicht war ödematös, die Zunge weniger roth, Esslust vermindert, nach dem Genusse von Fleischsuppe Erbrechen eingetreten, Durchfall anhaltend, die Hypochondrial- und Präkordialgegend beim Drucke schmerzhaft, das Herzklopfen ruhiger, der Puls weniger frequent, der Schlaf wechselte.

Am 11. Die wassersüchtige Anschwellung im Bauche, an den Genitalien und Beinen, so wie im Gesichte, war im Steigen, die Urinsekretion sparsam, der Harn selbst mattgelblich, hell und klar, schwach sauer, der Stuhl weniger flüssig, mehr breiartig, 3 bis 5 Mal täglich eintretend. Die ganze epigastrische Gegend war ausgedehnt, beim Anklopfen tympanitisch, und bildete eine auffallende Hervorragung, die sich bis einen Querfinger breit über den Nabel erstreckte. Von da an war der Bauch merklich beigefallen und stach gegen den übrigen Theil sehr ab. In der Mitte des Bauches und im Hypogastrium war die Fluktuation deutlich und die Perkussion matt.

Am 15. Der Stuhl behielt die breiartige Beschaffenheit und die blasse oder vielmehr graue Farbe und trat 2 bis 4 Mal täglich ein, der Urin floss wieder reichlicher und betrug die Menge über ein Maas in 24 Stunden. Die Haut der geschwollenen Beine sah weiss aus, war nicht aufgesprungen und zeigte keine Abschilferung. Die Zunge war rein und

noch geröthet, die Esslust gut, das Mattigkeitsgefühl geringer.

Am 23. Die Abnahme der Wassersucht schritt fort, der Urin war fast wasserhell, $1^1/_2$ Maas in 24 Stunden, der Stuhl breiartig, der Appetit gut, das linke Hypochondrium in letzterer Zeit empfindlicher beim Drucke als das rechte.

Am 30. September. Seit mehr als acht Tagen wieder Durchfall, die Ausleerungen, 4 bis 6 in 24 Stunden, waren ganz flüssig, übelriechend, verschieden gefärbt, bald röthlich, bald weisslich, bald grau, bald gelblich, Ascites und Anasarka abgenommen, aber noch lange nicht verschwunden, Urin sparsam geröthet, Gesicht bleich und aufgedunsen, der Puls matt und leer. Der Knabe hatte keine Esslust, aber viel Schlaf. An der inneren Seite der Oberschenkel zeigte sich eine erysipelatöse Röthe.

Gegen das Lebensende hin gesellten sich zum Ascites und Anasarka noch Oedem der Hände und eine schwammartige Anschwellung der rechten Wange. Dazu kam täglich wenigstens einmal Erbrechen sauer schmeckender und sauer riechender Massen mit vielem Wasser. Die Zunge war rein und geröthet, mit Aphthen und an den Seitenrändern mit fest aufsitzenden Pseudomembranen bedeckt und schmerzhaft. Der Knabe konnte die Zunge nicht ausstrecken, war heiser und hatte Schlingbeschwerden und beim Drucke Schmerzen im Kehlkopfe. Die Entkräftung erreichte, unter Fortdauer des Durchfalles, den höchsten Grad. Am 12. November erfolgte der Tod.

Neunzehnter Fall. — Johann H., 14 Jahre alt, schwächlicher Konstitution, der in seiner Kindheit viel gekränkelt hatte, wurde von einem hitzigen Fieber und von Durchfall befallen. Hiezu gesellte sich später Wassersucht, die den Hülferuf veranlasste. Das Gesicht hatte ein ausgeprägt leukophlegmatisches Aussehen, die Beine waren von unten bis oben stark wassersüchtig geschwollen, der Bauch enthielt eine so enorme Menge Wasser, dass der Knabe sich nicht allein im Bette umlegen konnte und stets die Rückenlage einhalten musste. Obschon ich mir alle Mühe gab, die

Urinabsonderung zu vermehren, so blieben doch alle meine Heilbemühungen ganz ohne Erfolg. Ich machte deshalb den Bauchstich und entleerte einen ganzen und einen halben Eimer Wasser, welches eine seegrüne Farbe hatte. Im Vorbeigehen sei noch bemerkt, dass nach dem Ausziehen der Kanüle aus der Stichwunde, die in der weissen Linie etwas unter dem Nabel gemacht wurde, eine vorübergehende arterielle Blutung, wahrscheinlich aus einem Aste der Art. epigastrica, eintrat. Die geträumte Hoffnung ging nicht in Erfüllung, im Gegentheile war die durch die Operation gebrachte Linderung nur von kurzer Dauer. Die Wasseransammlung im Bauche nahm wieder zu und wurde wieder fast eben so hochgradig, wie früher, und alle Mittel verfehlten ihre Heilwirkung. Was war unter diesen Umständen zu thun? Die abermalige Paracentese schien mir kein günstigeres Ergebniss zu verbürgen und wurde deshalb unterlassen. Wenn alle Heilbestrebungen der Kunst scheitern, bringt bisweilen die Natur ganz unerwartet noch Hülfe. So verhielt es sich denn auch hier. Es trat Intermittens ein, die unter dem Tertiantypus verlief und von starkem Schüttelfroste, auf welchen grosse Hitze und reichlicher Schweiss folgten, begleitet war. Da das Allgemeinbefinden sich sichtlich besserte, die Urinabsonderung bedeutend zunahm und die Wassersucht abnahm, so liess ich die Intermittens etwa sieben Wochen unangetastet, ehe ich zum Gebrauche des Chininsulphates überging. Mit der Heilung des Wechselfiebers schwand auch der Rest der Bauchwassersucht und kehrte eine vollständige Genesung zurück, die seitdem nicht wieder gestört worden. Als Beweis des fortdauernden Wohlseins sei nur angeführt, dass der Kranke in den späteren Jahren selbst dem Militärdienste genügt hat.

Zwanzigster Fall. — Konrad K., 15 Jahre alt, ein kräftiger, blühender, stets gesunder Knabe, wurde von heftigen Kopfschmerzen und Halsentzündung, die nach Aussage der Mutter in Eiterung übergegangen sei, befallen. Der Knabe war bei dieser Erkrankung nicht bettlägerig, und setzte sich nach ihrem spontanen Schwinden ungünstigen Witterungsein-

flüssen aus. Bald nachher trat Wassersucht ein. Das Gesicht war aufgedunsen und bleicher, obere und untere Extremitäten waren wassersüchtig geschwollen, behielten aber nicht den Fingereindruck, selbst die Volarflächen der Hände zeigten eine pralle Anschwellung, der Bauch fluktuirte deutlich, der Hodensack enthielt Wasser und hatte ein bläuliches Aussehen. Der Urin floss sparsam, Fieber fehlte, die Zunge war fast rein, die Esslust gestört, der Stuhl regelmässig. Die Natur der Halsentzündung und der Wassersucht konnte nicht lange in Frage stehen, da in der nämlichen Wohnung drei andere Kinder an Scharlach litten. Merkwürdiger Weise konnte keine Abschilferung der Haut wahrgenommen werden. Die Radix ononid. spinos. in Abkochung mit essigsaurem Kali und Roob junip. bewirkte eine reichliche Urinabsonderung, der Urin war hell und klar, von gelblicher Farbe, die Esslust nahm zu, während die Wassersucht sichtlich abnahm. Die Genesung erfolgte in kurzer Zeit und war vollständig.

Einundzwanzigster Fall. — August S., 16 Jahre alt, hatte in seiner früheren Kindheit aus Versehen Schwefelsäure getrunken und war seit dieser Zeit kränklich geblieben. Zweimal traten Ascites und Anasarka ein, das eine wie das andere Mal wurden sie aber wieder gehoben. Als die Wassersucht zum dritten Male zurückkehrte, war der Ascites hochgradig, mit Infiltration des Hodensackes, und das Anasarka an den oberen und unteren Extremitäten stark. Der sparsame Urin sah trübe aus, der Durchfall liess sich nicht heben, die Haut fühlte sich trocken, pergamentartig an, das linke Hypochondrium war schmerzhaft, die Eigenwärme an den wassersüchtigen Beinen gesunken. Alle Heilbemühungen waren vergebens. Der Kranke starb nach längerem Krankenlager.

Zweiundzwanzigster Fall. — Johann B., 17 Jahre alt, kräftiger Konstitution, wurde von Febris intermittens quartana befallen, die dreimal ausblieb und jedes Mal einen Rückfall machte. Dazu gesellte sich starkes Anasarka an den oberen und unteren Extremitäten, ödematöse Auftreibung des

Gesichtes mit kyanotischer Farbe und hochgradige Bauchwassersucht mit wassersüchtiger Anschwellung der Geschlechtstheile. Um den Händen und Beinen fanden sich livide Flecke. Die Zunge war gastrisch belegt, die Esslust geschwunden, der Stuhl träge, die Urinabsonderung gering, die Nächte verliefen schlaflos. Die Fieberanfälle, welche nicht immer um die nämliche Stunde eintraten, sondern mehr postponirten, dauerten auch nach dem Erscheinen der allgemeinen Wassersucht fort und hoben mit einem heftigen Schüttelfroste an, der viel länger währte, als die Hitze. Auch erreichte die Zunahme der Eigenwärme in den Fieberanfällen keinen hohen Grad, während in der Intermissionszeit die Temperatur gesunken war und die Haut sich kalt und spröde, besonders an Händen und Füssen, anfühlte. Ebensowenig fiel der Schweiss reichlich aus, bisweilen war er kaum bemerkbar. In den Fieberanfällen war das Athemholen äusserst mühsam und beschwerlich, und erfolgte oft selbst wiederholtes Erbrechen. Auf den Gebrauch des Chininsulphates blieben die Fieberanfälle aus, die Wassersucht nahm aber immer mehr zu, bis endlich der Tod eintrat.

Allgemeines Krankheitsbild.

Schon bei flüchtigem Durchlesen der vorstehenden Krankengeschichten ergibt sich, dass, wenn auch die Symptomengruppe in der freien Bauchwassersucht nicht in den Einzelfällen ein und dieselbe ist, doch die Hauptzüge der Krankheit überall völlig übereinstimmen. Wir dürfen uns daher bei dem allgemeinen Krankheitsbilde kurz fassen. Hier müssen wir aber eine Bemerkung vorausschicken. Die klinische Beobachtung lehrt, dass der Ascites unter zwei verschiedenen Formen auftritt und verläuft. Das eine Mal ist er aktiv, akut, sthenisch, fieberhaft, das andere Mal ist er passiv, chronisch, asthenisch, fieberlos. Es hat diese beachtenswerthe Berücksichtigung nicht bloss eine pathologische Bedeutung, sondern auch einen therapeutischen Werth.

Der Bauch schwillt allmählig an und dehnt sich von unten nach oben gleichmässig aus. Die Anschwellung und Auftreibung erreicht einen verschiedenen Grad, je nachdem die

Wasseransammlung sich auf das Hypogastrium beschränkt, oder aber bis zum Nabel aufwärts steigt, oder selbst das Epigastrium überfüllt. Jedoch hängt der normwidrige Umfang des Bauches und die Spannung nicht immer einzig und allein von der Menge des serösen Ergusses ab, sondern wird die Ausdehnung auch von der grösseren oder geringeren Gasansammlung in den Därmen mitbeeinflusst. Bei hochgradiger Auftreibung des Bauches verstreicht der Nabel oder tritt als durchsichtige Geschwulst hervor, und schlängeln sich in den äusseren Bauchdecken bräunliche Venen in netzartiger Ausbreitung. Die Haut des Hodensackes ist wassersüchtig geschwollen, die Höhle der Scheidenhaut mit Flüssigkeit gefüllt und das geschwellte Glied schlangenartig gewunden. Das Gesicht und die Augenlider sind mehr oder weniger aufgedunsen und obere und untere Extremitäten von Oedem oder Anasarka befallen. Bisweilen besteht der Ascites allein für sich und wird von anderweitigen hydropischen Erscheinungen nicht begleitet.

Legt man die eine Hand flach auf die eine Seite des Unterleibes, und klopft man auf der entgegengesetzten Seite mit den Fingerspitzen der anderen leise auf die Bauchwand an, so fühlt man die wellenförmige Bewegung des Wassers, die als „Fluktuation" bezeichnet wird. Ueberdies ergibt der Plessimeter im Bereiche der Wasseransammlung einen dumpfen, matten Ton. Ueber dem Niveau des serösen Ergusses fehlte die Fluktuation und wird beim Anklopfen ein tympanitischer Ton wahrgenommen. Diese Erscheinungen lassen sich bei hochgradigem Ascites leicht in jeder Lage und Stellung nachweisen, und können selbst bei mässigerem Ergusse, woferne man anders die nöthige Vorsicht gebraucht, aufgefunden werden. Dagegen ist es weit schwieriger, ein sicheres Ergebniss zu erhalten, wenn das Wasser sich nur in der Beckenhöhle befindet oder kaum bis in das Hypogastrium aufwärts gestiegen ist. Unter diesen Umständen gibt die Untersuchung in der Rückenlage keinen Aufschluss, und wird dieselbe mit Vortheil entweder in der sitzenden Stellung mit stark nach vorne übergebeugtem Oberkörper, oder aber in der Knieellenbogenlage vorgenommen.

Das Allgemeinbefinden zeigt mannichfache Störungen. Die Kinder sind verstimmt, schlafen unruhig, klagen über Schwere und Vollsein des Bauches und über Steifigkeit der geschwollenen Glieder, können nicht bequem liegen, am besten noch in der Rückenlage, woferne die Dyspnoe nicht eine aufrecht sitzende Stellung verlangt. Die Esslust ist vermindert oder völlig geschwunden, der Stuhl träge oder durchfällig, Erbrechen kommt nicht selten vor, der Urin fliesst sparsam und hat häufiger ein trübes als ein helles und klares Aussehen, die Temperatur der Haut ist gesunken, namentlich fühlen sich die wassersüchtigen Glieder kalt an, die nicht infiltrirten Körpertheilen sind abgemagert.

Das pathologische und therapeutische Interesse, wie dies schon oben bemerkt worden, fordern es, dass die Physiognomie der akuten und chronischen Form des Ascites spezieller angegeben werde.

a) Akute, febrile Form.

Die Kinder, welche gewöhnlich kräftig sind und sich früher einer guten Gesundheit erfreuten, werden nach vorausgegangenem Frösteln oder Froste von einem hitzigen Fieber, welches bald den entzündlichen, bald den erethischen Charakter hat, befallen. Die Haut fühlt sich mehr oder weniger heiss an, der Puls ist beschleunigt, mässig gross oder krampfhaft zusammengezogen, weich oder härtlich gespannt, der Durst vermehrt, das Verlangen nach kühlenden Getränken gross, besonders nach kaltem Wasser, die Esslust geschwunden, die Zunge mehr oder weniger belegt, der Stuhl träge oder verstopft, selten durchfällig, der Urin geröthet und sparsamer, die Respiration beschleunigt. Zugleich klagen die Kinder über Kopfschmerzen, unruhige Nächte oder völlige Schlaflosigkeit, und haben ein verdriessliches, mürrisches Wesen.

Eine besondere Form hat mit der Peritonitis, mag sie akut oder subakut auftreten und verlaufen, eine bald grössere, bald geringere Aehnlichkeit. Sie bildet die peritonitische Form der Bauchwassersucht oder der Ascites peritoniticus. Ausser einer mehr oder weniger lebhaften Aufregung des Gefässsystemes und den damit verbundenen Zufällen, wie sie oben angegeben, klagen die Kinder sowohl spontan als be-

sonders beim Drucke über Bauchschmerzen, die nicht zeitweise kommen und dann wieder verschwinden, sondern anhaltend sind, wenn sie auch nicht in der nämlichen Heftigkeit fortbestehen. Der Bauch treibt sich nicht stark auf, sondern ist anfangs fest oder härtlich gespannt und zeigt eine gesteigertere Eigenwärme, als die übrigen Körpertheile. Ueberdies tritt Brechreiz oder wirkliches Erbrechen ein. Das Fieber und die Empfindlichkeit des Leibes schwinden mit dem Ergusse einer serösen oder lymphatischen Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Bisweilen ist die Fluktuation nur undeutlich wahrzunehmen, dagegen ist sie ein anderes Mal handgreiflich. Die Krankheit besteht bald für sich, bald ist sie mit anderen Hydropsieen verbunden.

b) Chronische, fieberlose Form.

Die Kinder sind meist schwächlich und schon kürzere oder längere Zeit kränklich, und haben ein blasses, erdfahles, mattgelbliches, aufgedunsenes Aussehen. Der Bauch treibt sich langsam auf, ohne dass die Anschwellung von Schmerzen begleitet ist, und lässt deutlich Fluktuation wahrnehmen. Die Haut ist trocken, spröde, die Eigenwärme gesunken, besonders fühlen sich die wassersüchtig geschwollenen Extremitäten eiskalt an. Die Lippen, die Mundhöhle und der Schlund haben eine bleiche Farbe, der Urin fliesst sparsam und sieht trübe aus, die Esslust ist gestört, der Durchfall häufiger, als Verstopfung, bisweilen wechseln Durchfall und Verstopfung ab. Erst gegen das Lebensende erhebt sich eine fieberhafte Gefässaufregung, das Fieber trägt den hektischen Charakter.

Semiotisch-diagnostische Analyse.

Die Symptome lassen sich allerdings nach diesem oder jenem wissenschaftlichen Grundsatze bezüglich ihrer semiotisch-diagnostischen Bedeutung würdigen. Allein wir ziehen die Darstellung vor, welche vorzugsweise den praktischen Vortheil berücksichtigt.

1) Anschwellung des Bauches, Oedem und Anasarka.

Das von unten nach oben aufsteigende und gleichmässig fortschreitende Anschwellen des Bauches zieht nicht bloss zu-

nächst unsere Aufmerksamkeit auf sich, sondern ist auch diejenige Erscheinung, welche dem Ascites, insoferne er als seröser oder lymphatischer Erguss aufgefasst wird, sein Dasein gibt. Ueber die Natur des vergrösserten Bauchumfanges vergewissern uns die physikalischen Zeichen sowohl durch das positive als negative Ergebniss. Die Fluktuation und der gedämpfte, matte Perkussionston heben gleich allen Zweifel. Ueber den Wasserspiegel hinaus wird beim Anklopfen keine wellenförmige Fortbewegung der Flüssigkeit wahrgenommen und weicht der matte Perkussionston dem tympanitischen. Somit geben uns auch die physikalischen Merkmale über den Wasserstand selbst, über sein Steigen und Fallen, näher Aufschluss und befähigen uns zugleich, zu erkennen, ob und in wiefern die intestinale Gasansammlung die elastische Spannung und Auftreibung des Bauches mit verursacht. Bei seröser Infiltration der Bauchdecken fühlen sich dieselben weich oder teigig an. Es ist überflüssig, zu wiederholen, dass bei hochgradigem Ascites der Nabel nicht bloss verstreicht, sondern auch als eine blasenförmige, fast durchsichtige Geschwulst hervortritt. Ueberdies schwellen öfters die Venen in den Bauchdecken mehr oder weniger an. Man leitet den kollateralen Kreislauf von Stockung oder Obliteration der Pfortader ab.

Selten besteht der Ascites für sich allein, in der Regel wird er von Oedem oder Anasarka an den übrigen Körperstellen begleitet. Diese Hautinfiltration geht bald der Bauchwassersucht vorher, bald erfolgt sie gleichzeitig, bald tritt sie erst später ein. Das Oedem und Anasarka ist dem Gesetze der Schwere unterworfen und zeigt in der Abnahme und Zunahme manche Schwankungen, während die freie Bauchwassersucht je nach der verschiedenen Lage und Stellung des Kranken den Wasserspiegel verändert. Man unterscheidet ein kaltes und ein warmes oder heisses Oedem, je nachdem die Eigenwärme der infiltrirten Körperstellen tief gesunken, oder aber gesteigert ist. Dies hängt davon ab, ob die Gefässthätigkeit fieberhaft aufgeregt ist oder nicht, oder aber, ob eine Entzündung der Oberhaut oder des Unterhautzellgewebes besteht. Man trifft in der akuten, fieberhaften Form der Krank-

heit das warme Oedem an, während der chronischen, fieberlosen Form das kalte Oedem angehört.

Wenn auch das Gesicht und obere und untere Extremitäten keine sichtbare oder fühlbare Infiltration wahrnehmen lassen, wie dies in einzelnen Fällen vorkommt, so sind doch die Augenlider mehr oder weniger aufgedunsen. Bisweilen ist die Anschwellung der Augenlider, welche bläulich-weiss aussehen und fast durchsichtig scheinen, so stark, dass die Augen halb oder ganz geschlossen sind. Der Fingereindruck fehlt entweder ganz, oder aber ist doch kaum merklich oder bald wieder verschwunden.

Die ödematöse Auftreibung des Gesichtes ist bald stärker, bald geringer. In den höheren Graden schwellen selbst die Nase und die Lippen an, und wird das Gesicht breit. Die blasse Farbe, welche gewöhnlich beobachtet wird, spielt bisweilen in's Kyanotische über.

Der Hodensack zeigt gar häufig eine seröse Infiltration, die in verschiedenen Graden auftritt: Die Haut hat ein halbdurchsichtiges Aussehen, ist weiss oder mehr oder weniger geröthet. Auch der Penis schwillt leicht ganz unförmlich an, und ist in seinem vorderen Drittheile wie ein Korkzieher oder eine Schlange gewunden. Von dieser Missstaltung habe ich nie Urinverhaltung beobachtet, wenn auch der Harnausfluss nicht immer leicht erfolgte. Die Haut des Gliedes ist bläulich-weiss und fast durchsichtig. Bei Mädchen werden oft die grossen Schamlippen von Oedem befallen.

An den unteren Extremitäten erscheint das Oedem und Anasarka öfter und hochgradiger, als an den oberen. Die Anschwellung ist gewöhnlich auf dem Rücken der Hände und Füsse am stärksten, findet sich aber auch bisweilen in der Hohlhand und an den Fusssohlen, an den Fingern und Zehen. Die Haut ist weiss oder violett geröthet, weich oder elastisch gespannt und bisweilen erysipelatös entzündet. Selten bricht im ersten und zweiten Kindesalter die Haut spontan durch, so dass ein seröser Ausfluss erfolgt. Auch sieht man in diesen Lebensabschnitten selten Brandschorfe. Wohl aber lassen sich in den Pubertätsjahren derartige Beobachtungen machen.

Diese Angaben, welche mit denen bei Erwachsenen über-

einstimmen, sind der klinischen Beobachtung entnommen und finden in den vorangeschickten Krankengeschichten ihre volle Bestätigung. Werfen wir nur einen Rückblick auf die mitgetheilten Fälle, deren Zahl ich leicht hätte vermehren können, so werden wir uns bald von der Wahrheit überzeugen. Beiläufig gesagt, halte ich die Analyse der einzelnen Fälle in pathologisch-therapeutischer Beziehung für nicht ganz überflüssig, selbst auf die Gefahr hin, dass sich nur ein kleiner Gewinn herausstellt. Ich werde daher überall eine Parallele zwischen den mitgetheilten Fällen und der allgemeinen Erfahrung ziehen.

Bei dem 15 Monate alten Mädchen (1. Fall) trat die Anschwellung des Bauches um so stärker hervor, als das Gesicht und die Arme und Beine abgemagert waren. Der Nabel ragte als eine blasenförmige Geschwulst hervor, und auf den Bauchdecken verliefen blaue Venen. Dies ist einer von jenen Fällen, wo obere und untere Extremitäten, so wie auch die Geschlechtstheile, von seröser Infiltration frei blieben. Nur allein im Gesichte machte sich ein leichtes Oedem bemerklich. Eine so enorme Anschwellung des Bauches, wie sie bei dem 2 Jahre 6 Monate alten Mädchen (2. Fall) vorkam, wird bei jüngeren Kindern nicht oft beobachtet. Bei dem 3jährigen Knaben (3. Fall) bestand nicht bloss Ascites, sondern waren auch das Gesicht, obere und untere Extremitäten und der Hodensack wassersüchtig geschwollen. So verhielt es sich auch bei dem 5jährigen Mädchen und bei dem fast 6 Jahre alten Knaben (6. und 7. Fall). Bei dem 7jährigen Knaben (8. Fall) war der Bauch bis über die Herzgrube hinaus aufgetrieben und hatte das Gesicht in Folge der serösen Infiltration eine breite Form, dagegen wurde die Entwickelung des kollateralen Kreislaufes auf den Bauchdecken vermisst. Die Anschwellung des Epigastrium ragte merklich über die des übrigen Leibes hervor, und rührte, wie der tympanitische Ton und der Mangel an Fluktuation nachwiesen, von starker Gasanhäufung her. Während obere und untere Extremitäten schon früh von Anasarka befallen wurden, gesellte sich erst im weiteren Verlaufe Anschwellung des Scrotum und Penis, der korkzieherartig gedreht war, hinzu. Die Geschwulst war an den Beinen prall und widerstand dem

Fingereindrucke, oder liess ihn doch gleich wieder fahren. Bei dem 7jährigen Mädchen (9. Fall) war das rechte obere Augenlid stark geschwollen und erysipelatös geröthet. Von dem 8 Jahre alten Knaben (10. Fall) ist angegeben, dass die Oberhaut der sehr angeschwollenen Beine Risse hatte. Dagegen fehlte ein seröser Ausfluss. Das 9jährige Mädchen (11. Fall) hatte ein verfallenes Gesicht und eine zugespitzte Nase, während der Bauch viel Wasser enthielt und die Beine bis über die Kniee geschwollen waren. Ein Druck auf den Bauch und die Waden verursachte Schmerzen. Bei dem 10 Jahre alten Mädchen (13. Fall) machte sich über dem Fussgelenke eine Vertiefung bemerklich, welche die wassersüchtige Anschwellung der Unterschenkel von der der Füsse trennte. Die Seitenflächen der Unterschenkel fühlten sich härtlich an, während die übrigen Stellen, den Fingereindruck behielten. Merkwürdiger Weise blieben bei dem 13jährigen Mädchen (16. Fall) die unteren Extremitäten von Oedem und Anasarka frei, obschon gleichzeitig Ascites und Hydrothorax bestanden. Dagegen waren die oberen Augenlider und die Handrücken stark ödematös aufgetrieben. Der 14jährige Knabe (18. Fall) konnte, in Folge der Anschwellung der Lider, das rechte Auge gar nicht und das linke nur halb öffnen. Der wassersüchtige Hodensack hatte eine bläuliche Farbe. Die oberen Extremitäten zeigten weder Oedem, noch Anasarka, wiewohl der Bauch und die Beine sehr geschwollen waren. Eine der hochgradigsten Bauchwassersuchten bot der 14 Jahre alte Knabe (19. Fall) dar, der wegen des enormen Bauchumfanges nicht einmal die Lage im Bette ohne Unterstützung verändern konnte. Auch bei dem 15jährigen Knaben (20. Fall) hatte der infiltrirte Hodensack ein bläuliches Aussehen und waren selbst die Volarflächen der Hände geschwollen und elastisch gespannt. Der 17 Jahre alte Knabe (22. Fall) litt ebenfalls in hohem Grade an Ascites, Oedem des Gesichtes mit kyanotischer Farbe, Infiltration der Genitalien mit korkzieherförmiger Drehung des Gliedes und Anasarka der oberen und unteren Extremitäten.

2) Physiognomie.

Die blasse oder erdfahle, matt-gelbliche Farbe des Ge-

sichtes, selbst mit kyanotischer Beimischung, die Aufgedunsenheit, das Breitersein oder das schlaffe Herabhängen der Wangen, die Anschwellung der oberen und unteren Augenlider, selbst bis zum Verschlusse der Augen, die seröse Infiltration der Nase und der Lippen machen eine eben so auffällige als charakteristische Physiognomie, die so ganz dem hydropischen Prozesse entspricht und nur in Ausnahmsfällen vermisst wird.

In den Fieberanfällen zeigt sich im Gesichte eine umschriebene Röthe. Bei dem 4jährigen Mädchen (5. Fall) wechselte Blässe der Wangen mit Röthe. Besteht gleichzeitig Ikterus, so sind die Bindehaut der Augen und das Gesicht, so wie die übrige Körperoberfläche, gelblich gefärbt.

3) Zunge, Esslust, Erbrechen, Leibschmerzen, Durst, Stuhl, Durchfall.

Gewöhnlich gehen kürzere oder längere Zeit dem Ausbruche der Krankheit mannigfaltige leichtere oder schwerere Digestionsstörungen vorher, und bleiben sie auch im weiteren Verlaufe, wofern keine günstige Wendung erfolgt, fortbestehen. Die Zunge ist mehr oder weniger belegt, weisslich oder matt-gelblich, ohne stets trocken zu sein, und büsst, sowie die Mund- und Rachenhöhle in Folge der Anämie erblassen, die frische Röthe ein. Bei dem 14jährigen Knaben (18. Fall) war die Zunge gegen sein Lebensende hin rein und geröthet und schmerzhaft, mit Aphthen und fest aufsitzenden Pseudomembranen bedeckt. Er vermochte die Zunge nicht auszustrecken, litt an Heiserkeit und hatte Schlingbeschwerden. Aber auch schon im Anfange der Krankheit war die Zunge lebhaft geröthet und hatte hervorragende Papillen. Auch bei dem 6jährigen Knaben (7. Fall) waren die Papillen der Zunge entwickelt, während bei dem 7jährigen Mädchen (9. Fall) fest aufsitzende Pseudomembranen von matt-gelblicher Farbe beobachtet wurden. Ebenfalls bei dem 13 Jahre alten Mädchen (16. Fall) zeigten sich auf dem gerötheten Grunde der Zunge entwickelte Papillen.

Die Esslust ist mehr oder weniger gestört. Die Kinder verlangen bald diese, bald jene Speisen, essen aber im Ganzen nur wenig, oder weisen sie, wenn sie ihnen gereicht werden, mit Unwillen zurück. Andere beklagen sich über

ein Gefühl von Vollsein und befinden sich nach dem Essen unwohler. Das 15 Monate alte Kind (1. Fall) trank nur Milch und verschmähte alle übrigen Speisen und Getränke, dagegen nahm der 8jährige Knabe (10. Fall) noch am liebsten säuerliche Sachen und der 7jährige Knabe (8. Fall) einzig und allein Buchweizengrütze, während das 9 Jahre alte Mädchen (11. Fall) gleich mit dem Beginne der Krankheit wenig oder nichts genoss und fast den ganzen Tag nüchtern blieb.

Von allen Symptomen, denen man im Ascites begegnet, ist das Erbrechen die unbeständigste Erscheinung. Es kann ganz fehlen, bisweilen tritt es selbst bei mehrmonatlicher Dauer der Krankheit nur ein einziges Mal ein, wieder ein anderes Mal besteht es während der ganzen Krankheit fort und geht sogar dem Ausbruche der Bauchwassersucht vorher. Die oben mitgetheilten Beobachtungen geben hiervon den Beweis. Bei dem 7jährigen Knaben (8. Fall) gehörte das Erbrechen nicht bloss zu den Vorboten, sondern blieb auch im weiteren Verlaufe der Krankheit bestehen und entleerte den Mageninhalt oder saure Massen. Es trat sowohl spontan, als nach jedem Genusse ein, selbst das Kaltwasser wurde wieder ausgebrochen. Bei dem 7jährigen Mädchen (9. Fall) ging das Erbrechen, welches durch einen Diätfehler veranlasst wurde, bald wieder vorüber, dagegen litt der 8 Jahre alte Knabe (10. Fall) anhaltend an hartnäckigem Erbrechen. Schon längere Zeit vor dem Eintreten der Bauchwassersucht klagte er fortwährend über Uebelkeit, flauen Geschmack und Brechreiz, und wurde er zeitweise von wirklichem Erbrechen befallen. Das Erbrechen war so anstrengend, dass der Knabe nach demselben fast erschöpft dalag. Bei dem 9jährigen Mädchen (11 Fall) erfolgte das Erbrechen während der langen, tödtlich ablaufenden Krankheit nur zweimal. Der 14jährige Knabe (18. Fall) erbrach sich bloss im Anfange der Krankheit einmal und blieb darauf viele Wochen vom Erbrechen befreit. Dann aber kehrte das Erbrechen wenigstens täglich einmal zurück, und wurden sauer schmeckende und sauer riechende Massen mit vielem Wasser nach oben ausgeleert. Der 17 Jahre alte Knabe (22. Fall) bekam gewöhnlich wäh-

rend der Fieberanfälle Erbrechen, welches selbst zu wiederholten Malen eintrat.

Leibschmerzen und Poltern der Gase kommen nicht selten vor, ohne stets vom Durchfalle abhängig zu sein. Das kleine Mädchen (2. Fall) hatte zeitweise Leibschmerzen. Auch mehrere andere Kinder beklagten sich darüber. Der Schmerz hatte seinen Sitz bald in der Nabelgegend, bald im Epigastrium, bald wieder an einer anderen Stelle des Bauches, war aber nicht anhaltend, sondern vorübergehend. Mehrere Kinder hatten Nasenjucken und bohrten oft den Finger in die Nase. Bei einigen Kindern wurden Spulwürmer entweder ausgebrochen oder mit dem Stuhle ausgeleert, bei anderen fand dies nicht Statt, obgleich alle Zufälle auf die Anwesenheit von Helminthen schliessen liessen.

Man hat behauptet, dass der Durst immer vermehrt sei. Dies bestätigt die tägliche Erfahrung nicht. Im Allgemeinen zeigt sich im Ascites, wofern keine febrile Reaktion stattfindet, eben keine grosse Trinklust, wenigstens ist sie nicht stärker, als in vielen anderen Krankheiten. Recht heftig war der Durst bei dem 7jährigen Knaben (8. Fall), der fast jeden Augenblick ein Bedürfniss zum Trinken hatte, obschon er das genossene Wasser gewöhnlich wieder ausbrechen musste. Ungeachtet dieser Qual konnte er das Wassertrinken nicht unterlassen, bis im weiteren Verlaufe der Krankheit das Bedürfniss allmählig abnahm und endlich völlig schwand. Noch am grössten ist der Durst, wenn die Krankheit fieberhaft verläuft. Auch während der Fieberanfälle, welche durch hektische Konsumtion oder durch Intermittens veranlasst werden, ist er vermehrt, dagegen während der Remission oder Intermission wieder vermindert.

Der Stuhl ist selten regelmässig, sondern gewöhnlich entweder träge oder durchfällig. Die Ausleerungen, selbst wenn sie eine breiige Beschaffenheit haben, stehen oft gar nicht im Verhältnisse zu der geringen Zufuhr von Speisen, und bekunden durch die fahle, matt-graue Farbe Mangel an Gallenbeimischung. Bei dem 15 Monate alten Kinde (1. Fall) trat der Stuhl täglich nur ein- bis zweimal ein, hatte eine breiartige Konsistenz und ein blasses Aussehen und enthielt

Käsefragmente. Auch das 2 Jahre 6 Monate alte Mädchen (2. Fall) hatte täglich nur eine bis zwei Stuhlausleerungen, die gebunden waren und gelblich aussahen. Bei dem 7jährigen Knaben aber (8. Fall) hob die Krankheit, unter anderen Symptomen, mit Durchfall an, und blieb derselbe während der ganzen Krankheit hartnäckig fortbestehen. Die ausgeleerten Massen waren wässerig oder schleimig und hatten eine gelbliche Farbe. Bei dem 8jährigen Knaben (10. Fall) erfolgte schon frühzeitig der Stuhl mehrmals im Laufe des Tages. Anfangs waren die Ausleerungen dickbreiig, hatten eine graue Farbe und machten ungewöhnlich grosse Massen aus, späterhin waren sie flüssig und traten sehr häufig ein, gingen selbst unwillkürlich ab oder erschienen so eilig, dass man nicht schnell genug die Steckpfanne unterschieben konnte. Dies war dem Knaben sehr empfindlich. In ähnlicher Weise verhielt es sich mit dem 14jährigen Knaben (18. Fall). Die anfangs mässigen und bräunlichen Stühle wurden später häufiger und hatten, so lange sie breiartig blieben, ein graues Aussehen.

4) Urin.

Die Urinsekretion ist immer vermindert und fällt meistens sparsam aus. Auch die Beschaffenheit erfährt manche Veränderungen. Der Urin floss bei dem 2 Jahre 6 Monate alten Mädchen (2. Fall) sparsam, hatte ein weisslich-trübes, schlammiges Aussehen und setzte auf der Oberfläche ein buntschillerndes Häutchen ab. Ein solches farbiges Häutchen findet sich im Ascites wohl gegen das Lebensende hin, wird aber in den glücklich ablaufenden Fällen, zu denen auch der genannte gehört, nur selten angetroffen. Bei dem 3jährigen Knaben (3. Fall) sah der spärlich gelassene Urin trübe und ganz dunkelroth aus und ging fast in's Schwärzliche über. Es ereignete sich dieser Fall zu einer Zeit, wo die Untersuchung des Harnes auf Eiweiss noch wenig bekannt oder vielmehr üblich war. Bei genauerer Analyse möchte ich aber wohl glauben, dass hier die Wassersucht durch die Bright'sche Nierenkrankheit herbeigeführt worden sei. Dagegen enthielt der Urin bei dem 7jährigen Knaben (8. Fall) kein Eiweiss. Er war anfangs weisslich-trübe und reagirte stark

sauer, und bekam später, als die Menge reichlich war, ein helles, klares Aussehen und nahm eine goldgelbliche Farbe an. Bei dem 3jährigen Mädchen (4. Fall) war die Urinausleerung schon gleich im ersten Beginne der Krankheit spärlich, hatte eine weisslich-trübe Farbe ungeachtet des heftigen entzündlichen Fiebers und bildete ein Sediment. Zu zwei verschiedenen Malen wurde in 24 Stunden kein Tropfen Urin ausgeleert. Zu einer anderen Zeit lag ein dicker weissröthlicher Satz auf dem Boden des Glases. Sobald der Urin anfing wieder reichlicher zu fliessen, war er hell und klar, strohfarbig, und bildete kein Sediment. Das 4jährige Mädchen (5. Fall) liess anfangs einen jumentösen Urin. Bei dem 7jährigen Mädchen (9. Fall) war der Urin ganz trübe, morastig, fast schwärzlich, und machte einen dunkelgrauen Bodensatz. Ueberdies reagirte er sauer und enthielt viel Eiweiss. Auch bei dem 13 Jahre alten Mädchen (16. Fall) erfolgte oft den ganzen Tag keine Urinausleerung. Das anfangs jumentöse Aussehen wich später einer hellen und klaren, mattgelblichen Farbe. Bei dem 14jährigen Knaben (18. Fall) verlor der anfangs mattgelbliche, später goldgelbliche Urin allmählig die alkalische Beschaffenheit und ging in saure Reaktion über. Die Menge fiel bald reichlicher, bald spärlicher aus.

5) Haut, Eigenwärme, Abmagerung, Kräfteverfall.

Die Haut fühlt sich trocken und spröde an und zeigt, wie schon bemerkt, bisweilen erythematöse Stellen und Risse in der Epidermis. Die Ausdünstung ist gestört oder gänzlich aufgehoben. Das Hautsystem beobachtet also in der Wassersucht ein ähnliches Gesetz, wie die Nierensekretion, während im physiologischen Zustande die Beschränkung oder Unterdrückung der einen Funktion eine Steigerung der anderen zur Folge hat. Der Darmkanal bildet zu der Störung der Hautthätigkeit und des uropoetischen Systemes einen Gegensatz. Die Stuhlausleerungen sind viel öfter vermehrt und flüssig, als zurückgehalten und fest. Es scheint fast auf den ersten Augenblick, als wolle die Natur das gestörte Gleichgewicht durch den Durchfall wieder ausgleichen. Allein Erschöpfung ist die Folge. Jedoch ist die Ausdünstung nicht

immer unterdrückt, vielmehr findet sich bisweilen ein warmer, duftender Schweiss über die ganze Körperoberfläche ausgebreitet. Dies war namentlich der Fall bei dem 3jährigen Knaben und bei dem 7jährigen Mädchen (3. und 9. Fall). Von der hektischen Ausdünstung will ich hier schweigen. Dagegen möchte ich hinzufügen, dass der Schweiss in den typischen Fieberanfällen selten so reichlich ausfällt, als in der reinen Intermittens, und die Haut während der Intermissionen sich wieder trocken und spröde anfühlt. So verhielt es sich namentlich bei dem 12jährigen, 13jährigen und bei dem 17jährigen Knaben (14., 15. und 22. Fall).

Das Sinken der Eigenwärme steht in inniger Beziehung zu der eben besprochenen Störung des Hautsystemes. Die Temperatur der Haut nimmt merklich ab, und fühlen sich die wassersüchtig geschwollenen Hände und Füsse sogar eiskalt an. Es ist ein Irrthum, wenn man behauptet, dass die Eigenwärme auf dem Bauche tiefer sinke, als an den Extremitäten. Im Gegentheile fand ich den Unterleib immer viel wärmer. Kaum braucht erinnert zu werden, dass, wenn der Ascites unter fabrilen Zufällen verläuft, die Temperatur der Haut mehr oder weniger erhöht ist. Wir beziehen uns unter Anderem auf den dritten und neunten Fall. In den hektischen und typischen Fieberanfällen erreicht auch die Hitze keinen hohen Grad.

Die Abmagerung lässt nicht lange auf sich warten, und hat also schon grosse Fortschritte gemacht, wenn der Ascites eintritt. Sie gibt sich ganz auffällig zu erkennen an jenen Körperstellen, die von der serösen Infiltration frei geblieben sind, und ist begründet in dem Schwinden des Fettgewebes und dem Wasserverluste.

Der Kräfteverfall stellt sich bald rascher, bald langsamer ein. Dies ist von verschiedenen Ursachen abhängig, die sich hier nicht alle erörtern lassen. Völlige Erschöpfung ist häufig die Folge.

6) Athemholen, Dyspnoe, Husten, Herzklopfen.

Das Athemholen ist ruhig und frei, wenn der seröse Erguss in der Bauchhöhle mässig ist. Dagegen tritt bei hochgradigem Ascites Dyspnoe, Oppression der Brust, selbst Or-

thopnoe, ein. Dies erklärt sich leicht, wenn man erwägt, dass das Zwerchfell nicht frei und tief genug herabsteigen kann, sondern vielmehr durch das Wasser und die Gasansammlung aufwärts in die Brusthöhle getrieben wird. Ueberdies erschwert oder behindert die Ausdehnung und Spannung der Bauchmuskeln die nothwendige Betheiligung am Respirationsprocesse. Auch bei Bewegungen, als Gehen und Treppensteigen, tritt Kurzathmigkeit ein, die sich in der Ruhe wieder verliert. Bei dem 7jährigen Knaben war die Respiration, besonders zur Nachtzeit, so beschwerlich, keuchend und jagend, dass er sich nicht bloss im Bette aufrecht setzte, sondern in die Küche getragen zu werden verlangte, um freier Athem holen zu können (8. Fall). Regelwidrigkeiten der Lungen und des Herzens und Brustwassersucht waren hier ausgeschlossen. Das 13jährige Mädchen, welches zugleich an Hydrothorax litt, hatte grosse Dyspnoe, die sich Nachts steigerte, und konnte nur in aufrechter oder halbsitzender Stellung im Bette aushalten (16. Fall). Auch bei dem 17jährigen Knaben war die Respiration in den typischen Fieberanfällen äusserst beschwerlich und mühsam, und trat selbst wiederholtes Erbrechen ein (22. Fall). Es ist eine eben so auffällige als räthselhafte Erscheinung, warum sich nicht in allen Fällen bei hochgradigem Ascites Dyspnoe und Orthopnoe findet. Derartige Beobachtungen gehören freilich zu den grossen Ausnahmen, kommen aber doch vor.

Der Husten ist eine Erscheinung, die bisweilen beobachtet wird, aber auch oft fehlt und weder bedeutungsvoll, noch lästig ist. So trat bei dem 7jährigen Knaben zeitweise ein bloss anstossender Husten ein, der keine weiteren Klagen und Beschwerden veranlasste. Die einzigen physikalischen Zeichen waren leichte trockene Rasselgeräusche, die auf der Rückseite der Brust am wahrnehmbarsten sich zeigten (8. Fall). Dagegen wurde der 14jährige Knabe im weiteren Verlaufe der Krankheit, wahrscheinlich in Folge einer Erkältung, von einem schroffen, rauhen Husten und zugleich von Schmerzen im Kehlkopfe befallen. Diese katarrhalischen Zufälle verloren sich allmählig wieder (18. Fall).

Bei diesen beiden Kindern kam auch ein starkes Herz-

klopfen vor, welches in dem einen Falle schneller wieder vorüberging, als in dem anderen. Eine organische Erkrankung des Herzens liess sich nicht anschuldigen. Bei dem 7jährigen Knaben waren die stürmischen Palpitationen nicht bloss hörbar, sondern auch ganz deutlich fühl- und sichtbar, und konnten sich die Systole und Diastole kaum eiliger folgen. Diese ungewöhnlich heftige Herzaktion nahm nach mehreren Tagen allmählig mehr und mehr wieder ab und schwand endlich völlig. Auch bei dem 6jährigen Knaben war das Herzklopfen stark, die Respiration beschleunigt und beschwerlich, der Husten selten (7. Fall). Das 2 Jahre 6 Monate alte Kind hatte zeitweise ein gelindes Hüsteln (2. Fall).

7) Gemüthsstimmung, Kopfschmerzen, Schlaf, Schlummersucht, Sinnesverwirrung.

Im Allgemeinen ertragen die Kinder ihre Leiden geduldig, zeigen wenigstens kein so auffällig verdriessliches und mürrisches Wesen, wie in vielen anderen Krankheiten, wenn gleich die Gemüthsverstimmung nicht zu verkennen ist. Bisweilen haben die Kinder eine grosse Unruhe und wollen bald sitzen, bald liegen, ohne dass die Erfüllung ihres Wunsches sie lange befriedigt.

Die Kopfschmerzen fehlen entweder ganz, oder bleiben doch gelinde. Indessen klagte der 7jährige Knabe sehr über Kopfschmerzen, die in der Stirn ihren Sitz hatten und mehrmals im Laufe des Tages exazerbirten und wieder remittirten, und hatte zugleich Schwindel und Schwere des Kopfes, der sich in der Stirngegend wärmer anfühlte. Er konnte in Folge dieser Zufälle kaum allein gehen und stehen (8. Fall).

Unruhiger Schlaf ist häufiger, als völlige Schlaflosigkeit. Selbst dann, wenn die Kinder auch noch erträglich liegen können, werden sie oft im Schlafe gestört. Gegen das Lebensende hin treten Schlafsucht und Sinnesverwirrung ein. Ausser diesen Zufällen erscheinen Konvulsionen, wenn sich zum Ascites ein urämisches Ergriffensein des Gehirnes hinzugesellt *).

*) Meine Arbeiten: Encephalopathia albuminurica (Fr. J. Behrend's und A. Hildebrand's Journal für Kinderkrankheiten 1854 S. 354—376). Nephritis albuminosa (Dieselbe Zeitschrift

8) Fieber, Puls.

Die chronische Form der Krankheit verläuft fieberlos, nur gegen das tödtliche Ende hin treten hektische Fieberbewegungen ein. Dagegen hebt die akute Form gleich mit Fieberzufällen an. Der 3jährige Knabe wurde von einem hitzigen Fieber befallen, die Temperatur der Haut war erhöht, der Puls beschleunigt und mässig voll, der Durst vermehrt (3. Fall). In ähnlicher Weise verhielt es sich unter Anderen bei dem 3jährigen und 7jährigen Mädchen (4. u. 9. Fall). Das 2 Jahre 6 Monate alte Kind hatte in den Morgenstunden und zur Abendzeit gelinde Fieberbewegungen und geröthete Wangen. Der Puls war gereizt und schwach (2. Fall). Bei dem 7jährigen Knaben entsprach die grosse Pulsfrequenz von 150 Schlägen in der Minute wohl der heftigen Herzthätigkeit und der keuchenden Respiration, stimmte aber nicht mit dem Verhalten der Eigenwärme, die nicht besonders erhöht war, überein. In den Morgenstunden hatte sich ein heftiger Frostanfall eingestellt, auf den Hitze und starker Durst folgten (8. Fall). Im Vorbeigehen will ich noch bemerken, dass das Anasarka der Arme bezüglich der Beschaffenheit des Pulses leicht einen Irrthum veranlassen kann. Bei starker Anschwellung muss der seröse Erguss des Zellgewebes an der Radialseite durch kräftigen Fingerdruck weggedrückt werden, um den Pulsschlag deutlich zu fühlen und sein Verhalten zu erkennen.

Verlauf, Dauer, Ausgang.

Die akute Form des Ascites macht einen mehr oder weniger raschen Verlauf. Dagegen zieht sich die chronische Form, je nach der Beschaffenheit der organischen Fehler oder der sonstigen Ursachen, von denen die Krankheit abhängt, in die Länge und dauert Monate und noch länger darüber hinaus. Jedoch möchte ich glauben, dass, wenn anders mein sonst sehr treues Gedächtniss mich hier nicht täuscht, bei Kindern die chronische Bauchwassersucht selten so lange

---

1858 S. 64—85). Bright'sche Nierenkrankheit (Deutsche Klinik 1864 Nr. 35, 36, 39, 40 u. 41).

währt, als bei Erwachsenen, bei welchen sie selbst Jahre lang fortbestehen kann. Eine ungewöhnlich lange Dauer hatte die Krankheit bei dem 15 Monate alten Kinde, bei welchem sie über neun Monate anhielt. In einem so frühen Kindesalter ist dies selten. Es darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass die der Peritonitis ähnliche Form des Ascites nicht immer unter heftigen Zufällen verläuft, sondern bisweilen sehr gelinde auftritt und eben deshalb leicht verkannt werden kann. Ein anderes Mal entzieht sie sich der Aufmerksamkeit, weil andere Wassersuchten oder Krankheitszustände eine auffälligere Rolle spielen oder wenigstens in den Vordergrund treten.

Die Bauchwassersucht mag einen akuten oder chronischen Verlauf nehmen, sie kann auf dreifache Weise enden. Diese drei Ausgänge sind folgende:

1) Völlige Genesung.

Die Möglichkeit einer vollständigen Wiederherstellung ist eine unbestrittene Thatsache. Von den 22 Kindern, deren Krankheitsgeschichte oben mitgetheilt worden ist, sind 12 wieder in den Besitz der völligen Gesundheit gekommen (Fall 2, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 19, 20). Die vollständige Genesung erfolgt aber immer nur unter gewissen günstigen Bedingungen. Die Entscheidung kündigt sich durch das Wiedererwachen der gestörten oder unterdrückten Sekretionen an. Am häufigsten erfolgte sie durch reichliche Urinsekretion, seltener durch Schweiss, noch seltener durch Eintreten wässeriger Stuhlausleerungen. Zugleich verlieren sich in der akuten Form das Fieber und die entzündlichen Bauchzufälle, die eher schwinden, als der seröse oder lymphatische Erguss, während in der chronischen Form die Wassersucht im Bauche und an den übrigen Körperstellen allmählig abnimmt, die Physiognomie ein frischeres, gesundes Aussehen gewinnt, die Kräfte sich heben und die fremdartigen Bestandtheile des Urines der normalen Beschaffenheit weichen.

2) Theilweise Genesung.

Die Wassersucht ist gehoben, aber ein Siechthum tritt ein, sei es, dass die organischen Fehler des Unterleibes nicht völlig zur Heilung übergeführt werden konnten, oder dass

Verwachsungen zwischen den einzelnen Darmschlingen oder zwischen den Darmschlingen und dem Peritonälüberzuge der Bauchdecken sich bildeten. Unter diesen Umständen stellten sich mannigfache Digestionsstörungen ein, die Gesichtsfarbe will sich nicht bessern, die Kräfte nehmen nicht zu. Bisweilen kehrt auch die Wassersucht nach kürzerer oder längerer Zeit zurück. Erwägt man, dass sich der Wassererguss in der akuten Form des Ascites durch die grössere spezifische Schwere und durch einen grösseren Gehalt an Eiweissstoff auszeichnet, so erklären sich leicht die Verwachsungen, die trübe Beschaffenheit und die Bildung von Fäden und Flocken.

3) Tod.

Die Sterblichkeit ist gross und wird ganz besonders von dem ursächlichen Verhältnisse beeinflusst. Von den oben mitgetheilten 22 Fällen liefen 10 tödtlich ab (1., 6., 7., 10., 11., 18., 21., 22. Fall), mithin ging etwas mehr als die Hälfte in Genesung über. Man würde irren, wenn man glauben wollte, dass das Ergebniss im Allgemeinen so günstig sei. Der Tod erfolgt selten durch die Heftigkeit des Fiebers, viel öfter ist er Folge von Lähmung oder Brand der Bauchorgane. Häufig wird er durch Erschöpfung, allgemeine Entkräftung herbeigeführt. Bisweilen veranlasst ihn der Zutritt von Hydrothorax und das sich hinzugesellende urämische Ergriffensein des Gehirns.

Diagnose und Differential-Diagnose.

Wir haben bereits die physikalischen Kennzeichen des Ascites näher kennen gelernt. Es sind dies nämlich die Fluktuation, welche die aufgelegte Hand durch Anklopfen auf der entgegengesetzten Seite des Bauches als wellenförmige Bewegung des Wassers wahrnimmt, und der matte, gedämpfte Perkussionston im Bereiche des serösen Ergusses. Diese beiden Merkmale sind freilich nicht in allen Fällen eben deutlich ausgesprochen, stellen aber überall da, wo sie sich vorfinden, die Diagnose der freien Bauchwassersucht sicher. Die gleichmässige, von unten nach oben erfolgende Anschwellung des Unterleibes, der Wechsel des Wasserspiegels bei veränderter Lage und Stellung der Kranken, das gleichzeitige

Vorkommen von Oedem und Anasarka an anderen Körperstellen, die Beschränkung oder Unterdrückung der natürlichen Sekretionen, besonders der Urinabsonderung und der Hautthätigkeit, die Anamnese der vorhergegangenen Ursachen und Krankheiten können als eine werthvolle Zugabe für die richtige Erkenntniss benützt werden.

Manche Anschwellungen des Bauches, die bei Erwachsenen zur Verwechselung der Bauchwassersucht Anlass geben können, werden im kindlichen Alter nicht angetroffen. Wir übergehen sie daher hier mit Stillschweigen. Wenden wir uns gleich zu denjenigen Anschwellungen, die mit Ascites mehr oder weniger Aehnlichkeit haben.

Gar nicht selten trifft man bei kleinen und grösseren Kindern, besonders wenn sie an Skrophulose oder Helminthiasis leiden, einen auffällig dicken Bauch an. Auf den ersten Augenblick kann die Auftreibung um so leichter an Ascites erinnern, wenn zugleich Oedem an anderen Körpertheilen besteht. Allein der Mangel an Fluktuation und der sonore Perkussionston lassen uns nicht lange im Zweifel.

Auch die tympanitische Auftreibung des Bauches, die in manchen Krankheiten von den niedrigsten bis zu den höchsten Graden beobachtet wird, kann nicht leicht mit Ascites verwechselt werden. Ueberall im ganzen Bereiche des Unterleibes, sowohl unten als oben, ist ein heller Perkussionston wahrzunehmen, während an keiner Stelle Fluktuation stattfindet. Diese physikalischen Zeichen geben zugleich auch, wie schon bemerkt, näher Aufschluss, ob und in wiefern die Tympanitis sich an der Bauchwassersucht betheiligt.

Bei der unvollkommenen Urinverhaltung, die auf Atonie oder Halblähmung der Blase beruht, wird zwar täglich Urin gelassen, aber der grösste Theil bleibt zurück. Auf diese Weise erfolgt eine von unten nach oben aufwärts steigende, gleichförmige Auftreibung des Bauches, die bei hinzutretender Tympanitis oft recht hochgradig ist. Eine Verwechselung ist hier auf den ersten Augenblick um so leichter möglich, wenn Fluktuation im Hypogastrium oder selbst in einer noch höher gelegenen Gegend stattfindet. Allein die Täuschung schwindet gleich durch Einführung des Katheters, die unter solchen

Umständen nie unterlassen werden darf, um unverzeihlichen Missgriffen vorzubeugen. Es braucht wohl kaum hinzugefügt zu werden, dass die durch Harnverhaltung bedingte Auftreibung über den Schambeinen beginnt, die Mittellinie des Bauches einnimmt und eine birnförmige, oben abgerundete Anschwellung bildet. Nur genau ihrer Ausdehnung entsprechend ist die Perkussion matt, während sie an den seitlichen Gegenden tympanitisch klingt. Uebrigens kommt die unvollkommene Urinverhaltung wohl bei Erwachsenen vor, wird aber im kindlichen Alter, so weit meine Erfahrung geht, selten oder gar nicht beobachtet*).

Eben so wenig erinnere ich mich, einen Fall von Sackwassersucht in dem kindlichen Lebensabschnitte gesehen zu haben. Die richtige Erkennung der Sackwassersucht ist nicht immer leicht, vielmehr oft äusserst schwierig, zumal wenn die Anamnese die bereits weit fortgeschrittene Entwickelung nicht aufklären kann. Als Anhaltspunkte dienen folgende: Die Sackwassersuchten gehen immer von einem kleinen Punkte aus, mögen sie in der Leber- oder Milzgegend auftreten, oder aber sich im Eierstocke bilden. Die Anschwellung hat keine gleichmässige Auftreibung des Bauches zur Folge, bleibt sich in allen Lagen gleich, wenigstens folgt sie nicht genau den hydrostatischen Gesetzen und ergibt eine viel undeutlichere Fluktuation. Die Entwickelung schreitet immer nur langsam fort, und der Verlauf der Krankheit zieht sich sehr in die Länge. Die allgemeinen Erscheinungen der Wassersucht fehlen anfangs völlig und treten erst auf, wenn die Krankheit einen hohen Grad erreicht hat. Ob die Sackwassersucht bei der Perkussion einen dumpferen Schall gebe, als im Ascites, sei dahingestellt. Wenn in seltenen Fällen statt eines einzigen Sackes mehrere Säcke an verschiedenen Stellen ein und desselben Organes, oder aber an verschiedenen Eingeweiden oder an den Wänden des Unterleibes vorkommen, so lassen sich bei genauer Palpitation mehrere Unebenheiten fühlen.

Es ist ganz überflüssig, zu wiederholen, dass sich die se-

*) Meine Arbeiten: Die Paralysen der Kinder (Fr. J. Behrend's und A. Hildebrand's Journal für Kinderkrankheiten 1858 Bd. 32 S. 18—116).

röse Infiltration der Bauchdecken oder der übrigen Körpertheile durch die weiche, glänzende, halbdurchsichtige Beschaffenheit auszeichnet, oder aber eine straffe Spannung und Elastizität zeigt und den Fingerdruck gleich wieder fahren lässt. Beim Sklerem fühlt sich die Haut und das Fettgewebe, obschon im Unterhautzellgewebe eine so seröse Ergiessung besteht, fest und härtlich an, und sind die allgemeinen Erscheinungen ganz anderer Art, als in der gewöhnlichen Wassersucht *).

Komplikationen.

Es ist bereits angeführt und zugleich durch klinische Krankheitsfälle näher nachgewiesen, dass der seröse Erguss sich nur selten auf die Bauchhöhle allein beschränkt, sondern gewöhnlich mit Anasarka verbunden ist. Bei weiterem Fortschreiten des hydropischen Prozesses werden auch nicht selten die anderen Körperhöhlen befallen. Noch am häufigsten gesellt sich Brust wassersucht hinzu. Dies fand unter Anderen bei dem 13jährigen Mädchen Statt (16. Fall). Dagegen wird selten Oedema glottidis beobachtet. Einen derartigen Fall sah ich bei einem jungen Mädchen, welches an tuberkulöser Lungenphthise und Anasarka litt.

Die Bright'sche Nierenkrankheit, der Scharlach und die Intermittens bilden, so verschieden sie auch ihrem Wesen nach sind, eine Krankheitsgruppe, die in einem innigen Verhältnisse zu Ascites steht. Es bringt keinen praktischen Gewinn, auf die Hypothesen, welche über das ursächliche Verhältniss dieser drei Krankheiten zu der Bauchwassersucht aufgestellt sind, näher einzugehen. Wir wollen nur die Thatsachen festhalten, welche die klinische Beobachtung nachweist, können aber nicht wohl umhin, über diese und noch andere Komplikationen einige Bemerkungen hinzuzufügen.

1) Bright'sche Nierenkrankheit.

Die Bright'sche Nierenkrankheit mag primär oder sekundär auftreten, akut oder chronisch verlaufen, sie wird, wenn auch keineswegs immer, doch in der Mehrzahl der

*) Meine Abhandlung: Sklerem der Neugeborenen (Fr. J. Behrend's und A. Hildebrand's Journal für Kinderkrankheiten 1856 S. 163—201).

Fälle von Wassersucht überhaupt und Ascites insbesondere begleitet. Gewöhnlich geht Anasarka voraus und der seröse Erguss in der Bauchhöhle, so wie in anderen Höhlen, folgt nach. Selten erfolgt die Wasseransammlung an den äusseren und inneren Körperstellen gleichzeitig, und noch seltener tritt das Anasarka erst zu den Höhlenwassersuchten.

2) Encephalopathia uraemica.

Dieses Hirnleiden, welches sich durch verschiedene Zufälle äussert, steht in inniger Beziehung zu der Bright'schen Nierenkrankheit. Bei dem 4jährigen Mädchen hielt sich das Hirnleiden auf einer niedrigeren Stufe der Ausbildung, und gab sich dasselbe durch Kopfschmerzen, Schlummersucht, Erweiterung der Pupillen, Wechsel der Gesichtsfarbe, fieberhafte Aufregung zu erkennen (5. Fall). Dagegen hob das Hirnleiden bei dem 3jährigen Kinde mit fürchterlichen Konvulsionen an, die an ein und demselben Tage zu sechs verschiedenen Malen zurückkehrten. In der Zwischenzeit lag das Mädchen in tiefem Sopor (4. Fall). Noch ein anderer Fall, den ich hier nur in seinen Hauptzügen mittheile, ist folgender. Ein 17 Jahre alter Knabe bekam am 6. Januar zuerst Schlingbeschwerden und wurde einige Tage später von Scharlach befallen, auf den in Folge von Erkältung Wassersucht folgte. Am 9. Februar drehte der Knabe nach ungewöhnlich längerem Bettliegen plötzlich die Augen starr nach der linken Seite und rollte sie darauf aufwärts gegen die Decke. Gleich hinterher wurden die Arme und Beine von Konvulsionen ergriffen, der Mund verzog sich nach der linken Seite und eine schaumige Flüssigkeit drang aus demselben hervor, der Kopf wurde erst nach links gedreht und darauf gewaltsam nach hinten übergebeugt, so dass der Hals und die Brust einen starken Vorsprung machten. Die Konvulsionen wiederholten sich in einer Stunde 3, 4, selbst 5mal, und waren in der Zwischenzeit von Koma, aus dem sich der Knabe nicht aufwecken liess, begleitet. Erst am 16. Februar kehrte das volle Bewusstsein zurück, nachdem die Konvulsionen am 11. dieses Monates zum letzten Male aufgetreten waren. Der Knabe ist vollständig genesen.

3) Scharlach.

Der Scharlach ist häufig mit Ascites und Anasarka verbunden. Wir haben dies durch Mittheilung von fünf Fällen (4., 9., 12. und 20. Fall) näher erläutert. Es ist ganz überflüssig, noch mehrere Fälle anzuführen. Die Scharlachwassersucht zeigt sich gewöhnlich in der zweiten oder dritten Woche nach dem Ausbruche des Exanthems und verläuft bald akut, selbst hyperakut und fieberhaft, bald chronisch und fieberlos. Sie ist eine heimtückische Krankheit. Doch dies sei nur im Vorbeigehen gesagt.

Viel wichtiger ist die Aetiologie der Scharlachwassersucht, mag sich der seröse Erguss in der Bauchhöhle oder an einer anderen Körperstelle ablagern. Die Erforschung des ursächlichen Verhältnisses schliesst einen praktischen Vortheil ein, hat aber zur Zeit noch nicht ein auf alle Fälle anwendbares Ergebniss geliefert. Soll ich meine persönlichen Erlebnisse kurz angeben, so muss ich gestehen, dass der Genius epidemicus den ersten und grössten Einfluss bethätigt. Ich sah sowohl schwächliche als kräftige Kinder in verschiedenen Lebensabschnitten von der Scharlachwassersucht befallen werden. Einige gingen frühe wieder an die freie Luft, Andere wurden längere Zeit selbst mit grosser Aengstlichkeit und Vorsicht vor den Witterungseinflüssen geschützt. In dem einen wie in dem anderen Falle trat bald Wassersucht ein, bald wieder nicht. Auch beobachtete ich die Scharlachwassersucht sowohl bei guten als bei schlechten hygieinischen Verhältnissen. Ebenso zeigte sie sich sowohl bei jenen Kindern, bei denen das Exanthem schön entwickelt war und regelmässig verlief, als auch bei den Kindern, bei welchen der Scharlach fragmentär auftrat und nicht von einer reichlichen Abschuppung der Haut gefolgt war.

Aus dieser letzteren Thatsache erhellt, wie wenig begründet die Annahme sei, wenn man glaubt, dass die Scharlachwassersucht überhaupt und der seröse Erguss in der Bauchhöhle insbesondere auf einer unvollständigen Krise beruhe, oder als eine Art von Reinigung, welche das Blut durch Ausscheidung des Krankheitsstoffes erfahre, anzusehen sei.

Unsere hämatologischen Kenntnisse sind allerdings noch dürftig und noch lange nicht zuverlässig genug, um sie mit Sicherheit verwerthen zu können. Allein es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass das Blut durch den Scharlach eine Vergiftung erleide. Wollte man aber hieraus den Schluss ziehen, dass die Wassersucht von der skarlatinösen Blutvergiftung bedingt werde, so liesse sich nicht wohl begreifen, warum der seröse Erguss nicht stets erfolge. Dies kann nur geschehen, wenn die Blutvergiftung ganz eigenthümlich in ihrer Art ist.

In neuester Zeit wird die Scharlachwassersucht auf die mit Eiweissharnen verbundene Nierenentzündung zurückgeführt. Dieses ursächliche Verhältniss fällt schwer in die Waagschale. Nur wolle man nicht vergessen, dass die Scharlachwassersucht auch ohne Albuminurie vorkommt. Uebrigens ist hier auch eine Täuschung möglich. Der Eiweisstoff im Urin kann sich nach längerer Dauer der Krankheit wieder verloren haben.

Die Störung der Hautthätigkeit, welche die albuminöse Nierenentzündung veranlasst, hat eine grosse ätiologische Bedeutung und lässt sich in vielen, wenn auch nicht in allen, Fällen nachweisen. Das 3jährige Kind wurde beim Ausbruche des Scharlachs durch den nächtlichen Transport bei kalter Jahreszeit einer Erkältung ausgesetzt (4. Fall), und das 4jährige kräftige Mädchen war zu früh bei ungünstigen Witterungseinflüssen ausgegangen (5. Fall). Das 7 Jahre alte, früher gesunde Mädchen war in der Konvaleszenz den Tag über barfuss umhergelaufen (9. Fall), und der 9jährige kräftige Knabe hatte sich zu früh an die freie Luft gewagt (12. Fall). Bei dem 15jährigen Knaben war der Ausschlag unbemerkt vorübergegangen und wurde nach dem Eintreten der Wassersucht, die auf einen zu frühen Ausgang folgte, keine Abschuppung der Haut beobachtet (20. Fall). Auch bei vielen anderen Kindern konnte Erkältung oder Störung der Hautthätigkeit nachgewiesen werden. Wenn auch die vorausgegangene Erkältung nicht stets klar vorliegt, so folgt daraus noch nicht, dass das Hautorgan nicht feindlich berührt worden sei. Nicht bloss das zu frühe Ausgehen, besonders bei

ungünstigen Witterungseinflüssen, stört die Hautthätigkeit, sondern auch kalte, nicht gehörig warme Stuben, das Stehen oder Sitzen an zugigen Fenstern, mangelhafte Bedeckung, Abtreten der Betten und ähnliche Umstände verursachen Erkältung. Man kommt der Wahrheit wohl am nächsten, wenn man annimmt, dass die Scharlachwassersucht durch eine feindliche Einwirkung auf das Hautsystem herbeigeführt wird und zunächst auf einer eigenthümlichen Blutvergiftung beruht. Die sich hinzugesellende Bright'sche Nierenentzündung in Folge der Erkältung ist eine sekundäre Erscheinung, steht aber doch zu der Wassersucht in inniger Beziehung.

4) Masern und Pocken.

So häufig auch die Wassersucht nach Scharlach auftritt, so selten wird sie nach Masern beobachtet. Jedoch kommt bisweilen Anasarka, selbst Ascites, vor, und enthält der Urin bald Eiweiss, bald nicht. Auch nach Variola wird selten Wassersucht angetroffen. Barthez und Rilliet leiten die Seltenheit der Wassersucht nach Masern und Pocken davon her, dass hier viele Stellen der Haut von Ausschlag frei bleiben, während beim Scharlach die ganze Haut befallen sei. Wahrscheinlich dürfte aber noch eine andere Ursache mit zu Grunde liegen, und dieselbe in dem Fehlen einer eigenthümlichen Umänderung des Blutes zu suchen sein.

5) Lungenödem.

Das Lungenödem ist bei Scharlachwassersucht eben keine häufige, aber auch keine ganz seltene Erscheinung. Bei Ascites, der nicht mit Scharlach in ursächlicher Verbindung steht, tritt dieses Lungenleiden gar nicht oder doch nur höchst selten hinzu.

Zu einer Zeit — es war am 31. Oktober 1857 — wo in hiesiger Stadt der Scharlach nur vereinzelt vorkam, während er in der Umgegend epidemisch herrschte, liess mich der 16jährige Sohn meines Nachbars, ein kräftiger Knabe, rufen. Er hatte nach vorausgegangenem wiederholten Erbrechen und Nasenbluten eine heftige Halsentzündung bekommen, besonders waren das Gaumensegel und der Zapfen stark entzündet, weniger die Mandeln, und zugleich mit einer weissen Pseudomembran bedeckt. Das Schlingen war beschwerlich, die

Zunge lebhaft geröthet, mit sehr entwickelten Papillen und mit einer weiss-gelblichen fest aufsitzenden Lymphschichte überzogen. Das Fieber war äusserst heftig, der Puls fliegend, gross und kräftig, härtlich gespannt, die Haut heiss und trocken, das Gesicht roth, der Durst stark, die Esslust geschwunden, der Stuhl träge, der Urin hell und klar, dunkelroth. Der Knabe bewohnte eine trockene, warme Stube. Der Scharlach erschien nur an einzelnen Stellen, bildete sich hier aber nicht regelmässig aus. Hierzu gesellte sich ein heftiger anfangs trockener Husten, die Respiration war sehr beschleunigt, jagend und keuchend, kurz und oberflächlich, die Dyspnoe gross. Das hitzige Fieber dauerte fort, remittirte in den Morgenstunden und exazerbirte des Abends.

Am 8. November. Es zeigte sich starkes Anasarka an den Beinen, der rechte Fuss war stärker geschwollen als der linke. Auch beide Hände und das Gesicht waren wassersüchtig aufgetrieben, während die Bauchhöhle nur wenig Wasser enthielt. Der Urin floss ziemlich reichlich, sah hell und klar aus, hatte eine röthliche Farbe und reagirte neutral. Zu meinem Bedauern unterblieb die Untersuchung auf Eiweiss.

Am folgenden Tage klagte der Knabe über Schmerzen im rechten Handgelenke, die allmählig wieder verschwanden. Das Fieber machte in den Morgenstunden immer deutlichere Remissionen, war aber des Nachts noch sehr heftig, der Puls beschleunigt, weniger voll und kräftig, die Respiration blieb jagend und keuchend und war mit grosser Dyspnoe verbunden. Der Knabe mochte auf dem Rücken oder auf der Seite liegen, die eine Lage war ihm so unerträglich als die andere, er sass daher am liebsten aufrecht im Lehnsessel.

Am 11. Der Urin war Morgens trübe und jumentös, stark sauer reagirend, dagegen Abends hellroth und klar. Die Verstopfung ging in Durchfall über, der einige Tage währte und sich auf eine kleine Gabe von Opiumtinktur wieder verlor, die Zunge war rein, der Durst gelinder, das Fieber hatte bedeutend abgenommen, Nachts trat bisweilen Schlaf ein. Dessenungeachtet dauerte die grosse Dyspnoe, die oberflächliche, jagende, keuchende Respiration und der Husten fort.

Der Husten war aber feucht geworden und förderte gelbliche Schleimmassen heraus.

Am 13.: Erst an diesem Tage liessen diese höchst belästigenden Zufälle nach, als Abends eine allgemeine gelinde Ausdünstung, die am Kopfe und im Gesichte am stärksten war, erfolgte. Der Urin war wieder jumentös und bildete in den Morgenstunden einen Satz, während er Abends ein klares hellröthliches Aussehen hatte und eine stark saure Reaktion zeigte.

Am nächstfolgenden Tage trat wieder allgemeiner Schweiss ein, und musste die Leibwäsche dreimal gewechselt werden. Die Anschwellung der Hände und Beine und der seröse Erguss in der Bauchhöhle hatten sich fast ganz verloren.

In den nächsten Tagen schwand auch das Fieber völlig. Der Urin floss reichlich und war bald hell und klar, dunkelroth, alkalisch oder neutral, bald gelblich und sauer reagirend.

Am 22. November. Jetzt erst trat die Konvaleszenz ein und stiess sich die Oberhaut in der Hohlhand in grossen Lappen ab, während sich an den übrigen Körperstellen kaum eine Abschilferung bemerkbar machte. Störungen im Allgemeinbefinden stellten sich späterhin nicht ein, im Gegentheile schritt die Besserung, nachdem sich die beschleunigte, jagende Respiration und die Dyspnoe verloren hatten, bis zur vollständigen Genesung regelmässig fort. Merkwürdiger Weise wurde am 16. Dezember sowohl das obere als das untere Lid des rechten Auges von Oedem befallen, schwand aber bald wieder.

6) Intermittens*).

Die Intermittens ist gar häufig mit Wassersucht komplizirt. Von dem leichten Oedem kommt es durch alle Zwischenstufen bis zum hochgradigen Ascites. Es lassen sich drei verschiedene Entstehungsweisen unterscheiden. Eine Art bildet sich plötzlich und wird nach Schönlein durch eine heftige Aufreizung im Bauchnervensysteme herbeigeführt. Diese Art von

*) Meine Arbeit: Der Intermittensprozess im kindlichen Alter (Fr. J. Behrend's und A. Hildebrand's Journal für Kinderkrankheiten 1862 April-Juniheft S 352—449).

Wassersucht tritt am Ende eines sehr starken Fieberanfalles ein, und mit dem serösen Ergusse schwindet die Intermittens. Sie wird für einen wahren kritischen Hydrops gehalten. Wahrlich eine sonderbare, unheilvolle Krise! An die Stelle der leicht heilbaren Intermittens tritt eine Krankheit oder vielmehr ein Krankheitsprodukt, welches weit schwieriger zu heben ist. Eine solche Heilwirkung der Naturkraft lässt sich eben nicht als eine willkommene Erscheinung begrüssen.

Eine andere Entstehungsart ist die, wenn die Wassersucht durch eine Einbusse an Kraft oder durch Erschöpfung, mag sie durch die Heftigkeit der Fieberanfälle oder durch die längere Dauer der Intermittens, oder aber durch das zarte kindliche Alter, durch die schwächliche Konstitution oder durch andere ungünstige Verhältnisse bedingt sein, verursacht wird. Unter diesen Umständen sind die Fieberanfälle nicht nur viel gelinder, sondern erscheinen auch in fragmentärer Form, bis sie sich endlich völlig verlieren. Dafür stellt sich Oedem, Anasarka, Ascites ein.

Noch eine andere Entstehungsweise ist die, wenn die Wassersucht durch die berüchtigten Fieberkuchen der Milz und Leber, oder aber durch die Sumpfkachexie bedingt wird. Diese Art von Wassersucht wird am öftesten nach hartnäckigen Quartanfiebern beobachtet.

Zur Versinnlichung der sogenannten Intermittenswassersucht haben wir oben einige Krankengeschichten mitgetheilt. So wurde der 12jährige Knabe nach längerer Andauer eines Tertianfiebers, welches sich endlich auf den Gebrauch von Hausmitteln verlor, von Anasarka und Ascites befallen (14. Fall). Bei dem 13 Jahre alten Knaben ging die anfangs manifeste Intermittens zuletzt in fragmentäre Fieberanfälle über, die den früheren Tertiantypus beibehielten. Auch hier trat Anasarka und Ascites ein (15. Fall). Der 17jährige Knabe, welcher zum dritten Male an Intermittens quartana litt, wurde ebenfalls von hochgradiger Bauchwassersucht und starkem Anasarka befallen. Auch hier blieben die Fieberanfälle in fragmentärer Form fortbestehen.

Aetiologie.

Wir wissen bereits, dass der Ascites, wie die anderen Arten von Wassersucht, die primäre Genese verläugnet und einen sekundären Ursprung anerkennt, wenn uns auch bis zur Stunde das Wesen des hydropischen Prozesses verborgen geblieben. Bei Erforschung der Ursachen, welche Ascites veranlassen, sehen wir vor Bäumen den Wald nicht und laufen leicht Gefahr, in dem düsteren Dickicht uns zu verirren. Die Bauchhöhle ist ob der anatomischen Einrichtung und Beschaffenheit eine ganz ergiebige und reichhaltige Krankheitsquelle, aber der Blick der Sterblichen dringt schwerlich bis auf den Grund der Untiefe. Dies darf uns jedoch nicht abhalten, muss uns vielmehr anspornen, das ätiologische Verhältniss, mag es in der Bauchhöhle oder anderswo liegen, möglichst aufzuhellen.

I. Prädisponirende Ursachen.

1) Lebensalter.

Die oben mitgetheilten Krankengeschichten beziehen sich sowohl auf die erste als die zweite Kindheit, und erstrecken sich selbst bis in den Lebensabschnitt, der die Pubertätszeit einschliesst. Das jüngste Kind, welches wir hier vorgeführt haben, war 15 Monate alt, während das älteste 17 Jahre zählte. Im ersten Kindesalter befanden sich sieben Kinder, welche $1^1/_4$, $2^1/_2$, 3, 4, 5 und beinahe 6 Jahre alt waren, dagegen standen zwölf Kinder im zweiten Kindesalter, welches sich auf 7, 8, 9, 10, 12, 13 und 14 Jahre belief, und drei Kinder, welche das 15., 16. und 17. Lebenjahr erreicht, hatten bereits die Pubertät angetreten. Kaum würde ich es wagen, aus diesen wenigen Zahlen eine Schlussfolgerung zu machen, wenn nicht Andere zu einem ähnlichen Ergebnisse gekommen wären. Aus dem vorstehenden Zahlenverhältnisse geht wenigstens so viel hervor, dass im zweiten Kindesalter die Erkrankungen beinahe die Hälfte mehr betrugen, als im ersten, während nur drei Fälle in der Pubertätszeit vorkamen. Demnach scheint der zweite kindliche Lebensabschnitt dem Ascites viel günstiger zu sein, als das frühere und spätere Kindesalter. Es lässt sich nicht bestreiten, dass das Lebensalter

überhaupt und die verschiedenen Lebensabschnitte im Kindesalter insbesondere auf die Bauchwassersucht einen gewissen Einfluss bethätigen. Man will sogar bei Neugeborenen die Krankheit beobachtet haben. Die tägliche Erfahrung lehrt, dass der Ascites bei Kindern um so seltener auftritt, je näher sie der Geburt stehen. In den Blüthejahren schwindet der hydropische Krankheitsprozess, und im kräftigen Mannesalter gehört er zu den Ausnahmsfällen, dagegen erreicht er in den Involutionsjahren seinen Gipfelpunkt und liefert um diese Zeit nicht bloss die grössten Erkrankungszahlen, sondern zeigt sich hier auch in den mannigfaltigsten Formen. Der Ascites kommt, wie schon bemerkt, im kindlichen Alter häufiger vor, als die Brustwassersucht. In ähnlicher Weise verhält es sich mit dem chronischen Hydrocephalus*) und der Spina bifida**). Ja, der Ascites ist im Kindesalter die frequenteste Wassersucht.

2) Geschlecht.

Auch das Geschlecht hat Einfluss. Unter den 22 Kindern, deren Krankheitsgeschichte oben angegeben, befanden sich 13 Knaben und 9 Mädchen, mithin war das männliche Geschlecht stärker vertreten, als das weibliche. Andere haben die nämliche Beobachtung gemacht. Dagegen findet in den vorgerückteren Jahren bezüglich der Form der Wassersucht gerade ein ganz entgegengesetztes Verhältniss Statt. Frauen werden häufiger von Ascites befallen, während Männer häufiger an Hydrothorax leiden. Dies erklärt sich aus dem verschiedenen physiologischen Verhalten der Respirations- und Bauchorgane in dem männlichen und weiblichen Geschlechte.

3) Konstitution.

Die Konstitution zeigt sich wirksamer, als das Lebensalter und das Geschlecht. Schwächliche kränkliche Kinder, die ein blasses, aufgedunsenes Aussehen und einen dick aufgetriebenen Bauch haben, werden viel häufiger von Ascites befallen, als kräftige, gesunde Kinder. Es ist aber wohl zu

*) Meine Arbeiten: Hydrocephalus chronicus (Dieses Journal 1860 Juli-Augustheft).

**) Spina bifida (Daselbst).

unterscheiden, ob die Kinder von Hause aus eine zärtliche, schwächliche Konstitution haben, oder aber durch eintretendes Siechthum der Schwäche anheimgefallen sind. Noch in anderer Weise macht die Konstitution ihren Einfluss geltend. Dies gibt sich durch die Form des Ascites zu erkennen. Diejenigen Kinder, welche kräftig sind und sich früher einer guten Gesundheit erfreuten, werden von der akuten, sthenischen, fieberhaften Form der Krankheit ergriffen, während bei schwächlichen oder heruntergekommenen Kindern der Ascites in der chronischen, asthenischen, fieberlosen Form auftritt und verläuft.

4) Jahreszeiten.

Die Krankheit kommt in allen Jahreszeiten vor. Im Allgemeinen wird sie aber im Frühjahre und Herbste häufiger angetroffen, und erscheint bald in der akuten, bald in der chronischen Form. Es ist noch genauer zu beobachten, ob die Frequenz der einen oder anderen Form vorwalte. In den oben mitgetheilten 22 Fällen verhielt sich in den verschiedenen Jahreszeiten und Monaten die Frequenz und die Form der Krankheit also:

Sommer, Monate Juni, Juli, August: 12 Krankheitsfälle, 4 mit aktivem und 8 mit passivem Charakter.

Herbst, Monate Oktober und November: 3 Krankheitsfälle, alle 3 mit aktivem Charakter.

Winter, Monate Dezember und Februar: 2 Krankheitsfälle, beide mit passivem Charakter.

Frühling, Monate März und Mai: 5 Krankheitsfälle, 2 mit aktivem und 3 mit passiven Charakter.

5) Klimatische Verhältnisse.

Eine Luftbeschaffenheit, die sich durch rasche Temperatursprünge von der Wärme zur Kälte und durch häufige oder anhaltende Nebelbildung auszeichnet, begünstigt die Wassersuchten überhaupt und den Ascites insbesondere. Die Hydropsieen kommen daher am häufigsten in feuchten, sumpfigen Gegenden, auf Torf- und Moorboden vor, während sie in hochgelegenen Gegenden, die eine trockene Luft haben, selten angetroffen werden. Ein epidemisches Auftreten habe ich in Folge der eigenthümlichen Luftkonstitution nie zu beobachten

Gelegenheit gehabt, wenngleich sich bisweilen in feuchten, nassen Jahren und Jahreszeiten eine grössere Frequenz zeigte. In meiner Nähe liegt längs einem Mühlenbache ganz in einer Niederung ein mehr langer als breiter Distrikt, der oft Ueberschwemmungen ausgesetzt ist. Die anliegenden Wiesen sind feucht, sumpfig, morastig und mit einem dicken, grauen Nebel bedeckt. Die Umwohner dieses Thales, durch die Macht der Gewohnheit zwar abgestumpft, aber nicht indifferent geworden, werden, abgesehen von anderen Krankheiten, häufig von Bauchwassersucht heimgesucht *). Das häufigere Vorkommen des Ascites und der anderen Wassersuchten in Sumpfgegenden und in solchen Distrikten, die häufig Ueberschwemmungen ausgesetzt sind, ist leicht begreiflich, wenn man erwägt, dass hier gerade die Bauchorgane oder vielmehr der Digestionsapparat die verletzbarsten Theile des Organismus sind und am öftesten vorübergehende oder anhaltende Störungen erleiden.

6) Antihygienische Einflüsse.

Die engen, dunstigen, dem Sonnenlichte nicht zugänglichen Wohnungen, besonders wenn sie eine zahlreiche Familie beherbergen, lassen sich insofern als prädisponirende und vermittelnde Ursache anschuldigen, als der Organismus, wenn ausserdem die Reinlichkeit fehlt und an den nothwendigen Lebensbedürfnissen und an den gehörigen Kleidungsstücken Mangel ist, in einen Schwächezustand geräth oder doch wenigstens in eine Verfassung versetzt wird, die dem Auftreten des Ascites günstig ist. Die antihygienischen Einflüsse bedingen vorzugsweise die chronische, kachektische Form der Krankheit und entfalten gewöhnlich erst langsam ihre Wirksamkeit. Gar häufig lassen sich die Schädlichkeiten nicht nachweisen, wenn man von allem Vorurtheile frei bleiben will. Die oben mitgetheilten Krankheitsfälle wurden theils in den unteren Volksschichten, theils in den Mittelständen, theils in den wohlhabenderen Familien beobachtet.

---

*) Meine Schrift: Das Malariasiechthum vorzugsweise in sanitätspolizeilicher Beziehung. Wesel 1853.

II. Vermittelnde Ursachen.

Es gibt der vermittelnden Ursachen viele. Einige liegen augenscheinlich vor, andere dagegen sind dunkel und nicht immer mit Gewissheit zu erkennen. Sie äussern ihre Wirksamkeit nicht alle auf ein und dieselbe Weise, haben aber das mit einander gemeinsam, dass sie Ascites mit oder ohne Wassersucht in anderen Körperstellen herbeiführen. Wir haben aus den oben dargelegten klinischen Fällen mehrere Gelegenheitsursachen kennen gelernt. Sie sollen uns als Anhaltspunkte bei Erforschung der anderen vermittelnden Ursachen dienen.

1) Erkältung und Durchnässung.

Erkältung und Durchnässung geben selten, wenn wir von der Scharlachwassersucht vorläufig absehen, zu Ascites Anlass. Die einmalige, vorübergehende Unterdrückung der Hautthätigkeit, wie sie wahrscheinlich bei dem 3jährigen Knaben stattfand (3. Fall), bedingt gewöhnlich die akute, fieberhafte Form der Krankheit, während die wiederholte, mehr anhaltende Störung des Hautlebens die chronische Form beeinflusst, obschon von dieser Regel auch Ausnahmen vorkommen. Wir erinnern in dieser Beziehung nochmals an die dunstigen, nassfeuchten Wohnungen, die mangelhafte Bekleidung und den Aufenthalt in Gegenden und Distrikten, wo die Luft beständig mit tropfbarflüssigen oder dampfförmigen Stoffen und Gasen überladen ist. Die Störung des Hautsystemes führt nicht immer direkt Ascites herbei, sondern verursacht bisweilen erst eine andere Krankheit, welcher rasch Bauchwassersucht nachfolgt. Der 6jährige Knabe setzte sich beim Hüten des Viehes allen Witterungseinflüssen aus und legte sich oft auf die blosse Erde hin (7. Fall). In ähnlicher Weise verhielt es sich mit dem 7 Jahre alten Knaben (8. Fall). Er hatte schlechte Kleidungsstücke, die der vorgerückteren Jahreszeit und den Witterungseinflüssen nicht entsprachen, hielt sich viel im Freien auf und musste eine halbe Wegesstunde weit zur Schule gehen. Der 14jährige Knabe wurde nach Baden von Gelenkrheumatismus befallen, zu dem sich später Ascites und Anasarka hinzugesellten.

2) Vorausgegangene Krankheiten.

Die Krankheiten, welche Ascites veranlassen, sind nicht nur zahlreich, sondern anerkennen auch eine verschiedene Natur und haben in verschiedenen Organen ihren Sitz. Wir haben bereits die Bright'sche Nierenentzündung sowohl in ihrer primären als sekundären Form, den Scharlach und die Intermittens bezüglich ihres eben so häufigen als wichtigen ursächlichen Verhältnisses zu der Bauchwassersucht kennen gelernt. Ueber die anderen Krankheiten können wir füglich kurz hinweggehen. Nur wollen wir hervorheben, dass die Krankheiten, welche einen serösen Erguss in der Bauchhöhle herbeiführen, viel häufiger nach der Wasserablagerung fortbestehen bleiben, als nach dem Eintreten des Krankheitsproduktes schwinden.

Fieberhafte Krankheiten führen selten in Folge von Anaemie oder Erschöpfung Ascites herbei, wenn auch Oedem, selbst Anasarka häufig nach grossen Kräfteverlusten, mögen sie durch die Heftigkeit der Krankheit an sich, oder aber durch ein zu eingreifendes schwächendes Heilverfahren veranlasst sein, angetroffen wird. Andere wollen die Wassersucht überhaupt und den serösen Erguss in der Bauchhöhle von einer unvollständigen Krisenbildung herleiten. Was von dieser Entstehungsweise zu halten, möge sich Jeder selber beantworten.

Viel öfter geht der Ascites aus chronischen Erkrankungen hervor. Intestinalstörungen, Magen-Darmkatarrh, Tuberkulose, Rhachitis und ähnliche Leiden lassen sich häufig anschuldigen. Das 15 Monate alte Kind (1. Fall) und das 5 Jahre alte Mädchen (6. Fall) litten an Tuberkulose, und der noch nicht 6 Jahre alte Knabe (7. Fall) hatte noch mit der Rhachitis zu kämpfen, während der 7jährige Knabe (8. Fall) von einer heftigen Entero-colitis, zu welcher sich rasch Ascites und Anasarka gesellten, befallen wurde. Bei anderen Kindern ging bald längere, bald kürzere Zeit ein hartnäckiger Durchfall und eine gestörte oder aufgehobene Esslust dem Ausbruche der Krankheit vorher, und blieben diese Zufälle auch späterhin fortbestehen. So hatte namentlich der 16jährige Knabe seit der Vergiftung durch Schwefelsäure mit Digestionsstörungen zu kämpfen (21. Fall).

Organische Fehler der Digestionsorgane, namentlich der Leber, der Milz, der Mesenterialdrüsen und der Bauchspeicheldrüse, stehen in inniger Beziehung zum Ascites und sind um so bedeutungsvoller, je störender sie in die normale Verdauung und Chylusbildung eingreifen. Bei dem 8jährigen Knaben liessen sich nach dem Schwinden der Bauchwassersucht deutlich durch die erschlafften Bauchwandungen Verhärtungen, die wahrscheinlich in den Gekrösdrüsen ihren Sitz hatten, durchfühlen (10. Fall.)

In der Pubertätszeit begegnet man bei jungen Mädchen gar häufig der Chlorose und der Anämie, besonders bei denen, die eine schwächliche Konstitution haben und in ungünstigen Aussenverhältnissen leben. So oft aber auch Aufgedunsenheit des Gesichtes und Oedem der Füsse beobachtet werden, so selten tritt doch Ascites hinzu, wenigstens erinnere ich mich keines einzigen Falles, wo sich ein seröser Erguss in der Bauchhöhle vorfand. Dies ist um so merkwürdiger, als unter diesen Umständen in der Beschaffenheit des Blutes recht günstige Bedingungen zur Bauchwassersucht gegeben sind.

Prognose.

Der Ascites stellt im Allgemeinen eine ungünstige Prognose. Tödtet die Krankheit auch nicht an und für sich, so führt sie doch oft durch die Rückfälle oder durch die Ursachen, die ihr zu Grunde liegen, zum Tode. Dies schliesst aber keineswegs die Möglichkeit der Heilung aus, wie dies bereits früher nachgewiesen worden. Das prognostische Urtheil setzt einerseits eine tiefe Einsicht in die Krankheit als solche, andererseits die richtige Auffassung aller jener Momente voraus, welche die Vorhersage beeinflussen. Die vorzüglichsten Anhaltspunkte sind im Ascites folgende:

1) Anwesenheit oder Abwesenheit des Fiebers.

Die fieberhafte Form ist zwar für den ersten Augenblick bedenklicher, selbst gefährlicher, lässt aber eher Heilung zu, als die fieberlose Form. Der sthenische Fiebercharakter ist günstiger, als der asthenische, während der erethische am günstigsten ist. Wenn sich zu dem ursprünglich fieberlosen

Ascites im weiteren Verlaufe Fieber mit dem Charakter der Torpidität gesellt, so ist dies äusserst ungünstig. Das gegen das Ende der Krankheit auftretende hektische Fieber führt bald rascher, bald langsamer zum Tode.

2) Früherer Gesundheitszustand.

Haben die Kinder eine gute, kräftige Konstitution, leben sie in günstigen hygieinischen Verhältnissen und erfreuten sie sich stets des besten Wohlseins, so schweben sie weniger in Gefahr. Dagegen ist die Prognose bei zarten, schwächlichen, heruntergekommenen Kindern, besonders wenn die Aussenverhältnisse viel zu wünschen übrig lassen, recht misslich.

3) Form der Krankheit.

Die akute Form der Krankheit macht nicht bloss einen rascheren Verlauf, sondern schliesst auch grössere Gefahr ein, endet aber viel häufiger mit Genesung, als die chronische Form.

4) Art der Krankheit.

Am günstigsten ist es, wenn der Ascites nur durch vorübergehende Störung der Hautthätigkeit bedingt wird. Die Scharlachwassersucht gefährdet im Allgemeinen weniger, als die Bauchwassersucht, welche in Folge der Bright'schen Nierenkrankheit auftritt. Eine äusserst ungünstige Prognose gibt diejenige Form des Ascites, welche unter ähnlichen Symptomen, wie die Peritonitis, erscheint und verläuft.

5) Grad der Krankheit.

Je geringer der seröse Erguss in der Bauchhöhle ist, desto besser stellt sich die Vorhersage. Je mehr aber die Wasseransammlung zunimmt, je hochgradiger sie sich entweder gleich von vorneherein oder im ferneren Verlaufe zeigt, desto grössere Gefahr knüpft sich an die Krankheit.

6) Verhalten der Sekretionen und anderer Symptome.

Anhaltend trockene, spröde Beschaffenheit der Haut, sparsame Urinabsonderung und trübes Aussehen des Harnes, häufige, durchfällige Stuhlausleerungen, die angemessenen Heilmitteln hartnäckig widerstehen, sind sehr ungünstige Zeichen. Dagegen haben eine gelinde Ausdünstung, ein ergie-

biger oder reichlicher Urinfluss und das regelmässige Eintreten der Stühle eine gute Vorbedeutung.

Häufiges Erbrechen und Aufstossen, völliger Mangel der Esslust, grosse Oppression der Brust, Dyspnoe, Erstickungsanfälle, öfteres Husten, Aphthen, livide Flecke oder Blasen an den oberen oder unteren Extremitäten, wie sie namentlich bei dem 17jährigen Knaben vorkamen (22. Fall), auffällige Abmagerung, grosser Kräfteverfall, kolikartige Leibschmerzen, gelbsüchtige Farbe der Haut, Schlafsucht, Delirien, starkes Herzklopfen, ein kleiner, unregelmässiger Puls sind gefährliche Zeichen.

Das plötzliche Verschwinden des serösen Ergusses in der Bauchhöhle und an anderen Körperstellen kündigte bei dem 8 Jahre alten Knaben (10. Fall) den nahen Tod an. Das Erbrechen trat häufiger ein und die Stuhlausleerungen erfolgten fast jeden Augenblick. Bisweilen gehen Erbrechen und Durchfall und Leibschmerzen dem Verschwinden des Ascites vorher, in anderen Fällen folgen sie unmittelbar nach und dauern kürzere oder längere Zeit fort.

7) Ursächliches Verhältniss.

Das ursächliche Verhältniss fällt schwer in die Waagschale. Organische Fehler geben eine ungünstige Prognose, besonders wenn sie der Heilung hartnäckig widerstehen oder derselben gar nicht fähig sind. Am ehesten lässt sich ein glücklicher Ausgang hoffen, wenn der Ascites durch Erkältung oder andere Störung der Hautthätigkeit herbeigeführt wurde. Die skarlatinöse Bauchwassersucht stellt, wie schon bemerkt, eher Heilung in Aussicht, als die durch die Bright'sche Nierenentzündung bedingte. Der seröse Erguss in der Bauchhöhle, welcher durch Intermittens veranlasst wurde, lässt sich viel leichter heben, wenn er die Folge eines Tertianfiebers ist, als wenn er das Quartanfieber als Ursache anerkennt. Die sogenannten Fieberkuchen sind schlimm, aber bei weitem böser ist die Malariakachexie, wenn sie Ascites oder Anasarka hervorgerufen. Es gibt freilich noch mehrere andere ursächliche Verhältnisse, die wir hier um so mehr mit Stillschweigen übergehen können, als sie wohl bei Erwachsenen eine Rolle spielen, aber dem Kindesalter fern liegen. Jedoch will ich noch hinzu-

setzen, dass die auf Chlorose oder Anämie beruhende Bauchwassersucht der Heilung eben keine grossen Schwierigkeiten macht.

8) Komplikationen.

Leichte Störungen der Verdauung sind von keiner besonderen Erheblichkeit. Dagegen machen häufiges, anhaltendes Erbrechen und fortbestehender Durchfall, wie schon oben angegeben, eine sehr ungünstige Prognose. Die Funktion der gestörten oder unterdrückten Hautthätigkeit stellt sich im skarlatinösen Ascites schneller wieder her, als in der Bauchwassersucht, welche durch die Bright'sche Nierenentzündung verursacht wurde, wenn letztere Krankheit mit der ersteren auch ein und dasselbe ursächliche Moment, die Erkältung, zum Ursprunge hat. Besser ist es, wenn der Ascites für sich besteht, als wenn Anasarka, besonders die allgemeine seröse Ergiessung, hinzutritt. Noch ungünstiger ist es, wenn sich Hydrothorax hinzugesellt. Das Lungenödem ist eine sehr gefährliche Komplikation, aber eine weit grössere Gefahr schliesst das Oedema glottidis ein. Das urämische Ergriffensein das Gehirns endet nicht selten mit dem Tode, lässt aber auch in mehreren Fällen Heilung zu.

9) Rückfälle.

Die Rückfälle sind immer schlimm, und führen gewöhnlich zum Tode. Dies kann um so weniger befremden, als die Rezidive in der Regel in unheilbaren Desorganisationen begründet sind. Unter diesen Umständen vermag die Kunst höchstens nur vorübergehend einen Triumph zu feiern, um endlich der unerbittlichen Ohnmacht anheimzufallen. Bei dem 16 Jahre alten Knaben kehrten der Ascites und das Anasarka zu drei verschiedenen Malen zurück, und blieben bei dem letzteren Auftreten alle Heilbestrebungen fruchtlos (21. Fall). Die durch den Genuss von Schwefelsäure veranlassten Verletzungen waren sicher von grosser Erheblichkeit. Die Obduktion hätte über die Beschaffenheit leicht näher Aufschluss geben können, wenn sie gestattet worden wäre.

Im Allgemeinen kommen Rückfälle im kindlichen Alter nur selten vor. Sie sind aber immer zu befürchten, wenn, wie dies bereits angedeutet worden, die Haut trocken, spröde,

pergamentartig bleibt; wenn ferner die Harnabsonderung ungewöhnlich sparsam ausfällt und der Urin selbst von der normalen Beschaffenheit abweicht; wenn endlich die Verdauung sich nicht gehörig hebt, die Ernährung nicht fortschreitet und das Aussehen sich nicht auffällig bessert. Dagegen schliessen die entgegengesetzten Verhältnisse die Rückkehr der Krankheit aus, kündigen vielmehr eine vollständige Heilung an. Es macht immerhin einen Unterschied, auf welchem Wege die Ausscheidung des Wassers erfolgt sei. Hat sich die Bauchwassersucht nach flüssigen Stuhlausleerungen verloren, so tritt am leichtesten ein Rückfall ein, zumal wenn nicht zugleich die Diurese sich recht ergiebig zeigt. Viel günstiger ist es, wenn die Ausscheidung des Wassers durch reichliche Urinabsonderung erfolgt. Am besten wird die Rezidive verhütet, wofern der seröse Erguss in der Bauchhöhle und an anderen Körperstellen in Folge von reichlichen Ausscheidungen durch die Haut schwindet, und zugleich die übrigen Sekretionsorgane wieder normal funktioniren.

Therapie.

Die Therapie feiert bisweilen einen eben so raschen als glänzenden Heilerfolg. Nicht selten lässt aber die Heilung der in Rede stehenden Krankheit lange auf sich warten, oder kann die unvollständige Genesung nicht verhütet werden. Wieder in anderen Fällen bleiben alle unsere Heilbemühungen fruchtlos, wenn nicht die Natur ins Mittel tritt und den Tod abwendet. So lautet im Allgemeinen das Ergebniss der Therapie. Nun fragt es sich, welches Heilverfahren am sichersten zum Ziele führe. Wie den Indikationen zu entsprechen sei, wollen wir hier näher darzulegen suchen.

I. Indicatio causalis.

Wir Alle wissen recht gut, dass das ursächliche Verhältniss eine grosse Tragweite hat und unter den verschiedenen Heilanzeigen in erster Linie steht. Es ist uns aber auch ganz wohl bekannt, dass die Therapie bei Erledigung der Indicatio causalis gar häufig an den Klippen, die sie gern mit günstigem Winde glücklich umsegeln möchte, Schiffbruch leidet.

Liegen doch nicht immer die Ursachen klar vor, oder aber lassen sich die Ursachen, wenn sie auch bekannt sind, nicht stets heben. Wieder ein anderes Mal geht die einwirkende Ursache in das Krankheitsprodukt oder in den serösen Erguss auf. Dies darf uns aber nicht abhalten, der Krankheitsursache überall da, wo es geschehen kann, gebührend Rechnung zu tragen.

War vorübergehende Erkältung oder Durchnässung die Ursache der Krankheit, so geht das Heilbestreben dahin, die unterdrückte Hautthätigkeit, selbstverständlich unter Berücksichtigung der vorhandenen fieberhaften Aufregung des Gefässsystemes, durch angemessene diaphoretische Mittel wieder herzustellen. Wurde dagegen die Krankheit durch einen längeren oder ununterbrochenen Aufenthalt in ungünstigen örtlichen oder klimatischen Verhältnissen herbeigeführt, so muss die dumpfe, nassfeuchte Wohnung mit einer trockenen, dem Sonnenlichte zugänglichen, und der nebelige, nassfeuchte Himmelsstrich mit einem gesunderen vertauscht werden. Dieser wohlmeinende Rath kann aber in der Mehrzahl der Fälle keine praktische Anwendung finden.

Sollte in seltenen Fällen die Unterdrückung von chronischen Hautausschlägen oder von Fussschweissen die Bauchwassersucht veranlasst haben, so muss die Wiederherstellung angestrebt werden.

Wofern Störungen von habituellen Durchfällen dem Ascites zu Grunde liegen sollten, so ist wohl zu berücksichtigen, ob sich Abführmittel mit dem bereits eingetretenen Schwächezustande vertragen. Uebrigens gehört dieses ursächliche Moment zu den Seltenheiten, viel häufiger wird die Krankheit durch die längere Zeit bestehende Diarrhoe bedingt, welche durch passende Mittel zu heben ist.

Der aus Blutarmuth oder aus krankhaft veränderter Blutmischung hervorgegangene Ascites fordert, neben einer angemessenen kräftigen Diät, die Anwendung der stärkenden Mittel.

Bei organischen Fehlern der Eingeweide suche man, wenn die Verletzung der Heilung nicht fähig ist, wenigstens das weitere Fortschreiten möglichst zu verhindern. Das jedesmalige Heilverfahren richtet sich nach der Art der organischen

Erkrankung. Rührt die Bauchwassersucht von einem Herzfehler her, so fällt ihre Behandlung mit der der organischen Erkrankung zusammen, ohne dass dabei die Entfernung des Wassers unberücksichtigt bleiben darf. Die sogenannten Fieberkuchen als Ursache des Ascites, wenn sie auf Auftreibung mit gleichzeitiger Erweichung der Milz beruhen, verlangen Chinin und Eisen und den Gebrauch der Eisensäuerlinge. Führt die tonische Behandlung allein nicht zum Ziele, so sind ausserdem noch diuretische Mittel, kohlensaure Alkalien und Kohlensäuerlinge in Anwendung zu bringen. Wird dagegen die Bauchwassersucht von Atrophie der Milz bedingt mit Verhärtung und chronischer Entzündung, so suche man die Leiden der Kranken, so gut es immer geht, zu erleichtern und das Leben zu fristen.

II. Indicatio morbi.

Lässt sich die dem Ascites zu Grunde liegende Ursache nicht beseitigen, oder aber verschwindet die Bauchwassersucht nicht, nachdem ihre entferntere Ursache gehoben, oder macht endlich der seröse Erguss die Entfernung der Ursachen unmöglich und zu grosse Beschwerden, so ist ein Heilverfahren angezeigt, welches das vorhandene Krankheitsprodukt aus der Bauchhöhle wegschafft.

A) Entfernung des Wassers.

Dieser Heilanzeige entspricht einerseits die Anregung der normalen Sekretionsorgane zur vermehrten Thätigkeit, andererseits die Bahnung eines künstlichen Weges vermittelst eines operativen Eingriffes.

Allgemeine Bemerkungen über die Wahl der Sekretionsorgane und der Heilmethoden.

Die Antreibung der Sekretionsorgane geschieht durch Mittel, welche auf die Nieren, den Darm oder die Haut wirken. Somit kann auf drei verschiedenen Wegen das Ziel erreicht werden. Allein es wäre ein arges Missverstehen, wenn man glauben wollte, dass man blindlings jeden beliebigen Weg einschlagen dürfe. Eben so einseitig wäre das Verfahren, wenn man diese oder jene Heilmethode als Richt-

schnur für alle Fälle wählen und die anderen geradezu über Bord werfen wollte. Man kann nicht genug festhalten, dass die Natur sich nicht zwingen, sondern nur leiten lässt. Wohl dem Arzte, der den Winken der Natur ein geneigtes Ohr leiht und auf der ihm vorgezeichneten Bahn ruhig fortwandelt!

Zuerst ist wohl zu berücksichtigen, ob der Ascites aktiv oder passiv sei, ob derselbe von Fieber begleitet sei oder nicht, und welchen Charakter das Fieber habe. Kaum braucht erwähnt zu werden, dass der aktive, entzündliche Charakter der Bauchwassersucht ein ganz anderes Heilverfahren verlange, als der passive, nicht entzündliche Charakter der Krankheit. Während im ersteren Falle die schwächende Heilmethode ersprieslich ist, ist im anderen Falle die Anwendung stärkender Mittel geboten. Bei fieberhafter Aufregung des Gefässsystemes sind im Allgemeinen die Mittel, welche auf die Haut und den Darm wirken, viel zuträglicher, als die diuretischen Mittel.

Man mag dieses oder jenes Sekretionsorgan in Anspruch nehmen, immerhin ist es eine weise Regel, stets mit den gelinderen Mitteln zu beginnen und nur allmählig zu den stärkeren überzugehen. Ebenso fange man mit bescheidenen Gaben an, wofern man nicht beklagenswerthe Missgriffe machen will. Setzt doch die Reizbarkeit eines Organes und der Individualität eine Probe voraus. Nur die Einverleibung des Heilmittels gibt uns, in Ermangelung anderer sicherer Merkmale, über diese Punkte näher Auskunft.

Es bringt keinen praktischen Gewinn, wenn man die Kranken mit Arzneien bestürmt. Viel erfolgreicher ist es, zeitweise die Heilmittel auszusetzen. Mein hochgeehrter Lehrer Schönlein machte mit Recht darauf aufmerksam, dass bei den bestwirkenden Heilmitteln endlich ein Zeitpunkt eintrete, wo eine auffällige Indifferenz zwischen dem gereichten Mittel und dem in Anspruch genommenen Organe erfolge. Lässt man unter diesen Umständen eine angemessene Pause von 1 bis 3 Tagen eintreten, so führt das Mittel, welches nach längerem Gebrauche endlich die Wirkung versagt, wieder eine wohlthätige Reaktion herbei. Nichts wäre aber ungereimter, als wenn man die Pausen ganz willkürlich eintreten lassen

wollte. Der erste und wichtigste Anhaltspunkt für das Pausiren oder das zeitweise Aussetzen der Arzneien ist nach Schönlein das quantitative und qualitative Verhalten des Sekretionsproduktes.

Auch der Wechsel der Sekretionsorgane kann vortheilhaft sein, indem man bald auf die Nieren, bald auf den Darm, bald auf die Haut einwirkt. Die zeitweise Ruhe, welche diesem oder jenem Organe gewährt wird, während man ein anderes in grössere Thätigkeit zu versetzen sucht, befähigt es bald wieder zu stärkerer Reaktion. In ähnlicher Weise verhält es sich mit der Abwechselung der Heilmittel. Sie müssen im Allgemeinen übereinstimmen, aber in ihrer Wirkungsart einen Unterschied zeigen. Man lässt auf schwächere Mittel stärkere folgen.

Es gehört zu den Eigenthümlichkeiten des Genius epidemicus, dass zu bestimmten Zeiten die akuten Krankheiten sich alle entweder durch die Haut, oder aber durch die Nieren, oder den Darm entscheiden. Wenigstens erfolgt die Krisenbildung vorzugsweise auf einem von diesen Wegen, wenn auch nicht einzig und allein. In analoger Art werden auch die chronischen Krankheiten von dem epidemischen Genius beeinflusst. Gibt man daher zu einer Zeit, wo die Krisen durch die Haut erfolgen, diaphoretische Mittel, so darf man eine günstigere Wirkung erwarten. Treten die Krisen durch die Nieren oder den Darm ein, so sind im ersteren Falle diuretische Mittel und im zweiten Falle Abführmittel angezeigt. Uebrigens ist wohl zu erwägen, dass die klimatischen Verhältnisse auf das Organ, welches die Krisenbildung übernimmt, einen grossen Einfluss bethätigen. Hieraus erklärt sich die verschiedene hydropische Therapie in verschiedenen Ländern.

Der Sitz der Wassersucht beeinflusst mehr oder weniger die Wahl des Heilmittels. So stellen im Ascites die Mittel, welche auf die Nieren oder den Darm wirken, einen günstigeren Erfolg in Aussicht, als die diaphoretischen Mittel.

Endlich beachte man wohl die Wirkungsweise der verordneten Mittel, die bisweilen dem beabsichtigten Erfolge geradezu widerspricht. So tritt mitunter auf ein diuretisches

Mittel Erbrechen und Durchfall ein, oder erscheint auf ein Abführmittel eine reichliche Urinsekretion. Diesen wichtigen Fingerzeigen der Natur suche der Arzt nachzukommen.

Gehen wir nach diesen vorausgeschickten Vorerinnerungen zu den einzelnen Heilmitteln über, und setzen wir ihren therapeutischen Werth näher fest. Sie zerfallen, wie schon oben angedeutet, in innere und äussere Mittel.

a) Innere Mittel.

1) Antiphlogistische Mittel.

Eine gute, kräftige Konstitution, akuter Verlauf der Krankheit und fieberhafte Aufregung des Gefässsystemes sind die Bedingungen, welche ein schwächendes, selbst ein entzündungswidriges, Verfahren anzeigen. Hier sind kühlende, gelinde abführende Mittel heilsam. So gab ich dem 3jährigen Knaben zuerst eine Auflösung von Tartarus natronatus und verordnete, nachdem die Fieberzufälle nachgelassen hatten, eine Auflösung von Tartarus boraxatus in Petersilienwasser mit Roob juniperi (3. Fall). War die Eigenwärme sehr gesteigert, fühlte sich die Haut brennend heiss an, war der Puls frequent, gross, voll, kräftig, gespannt, so hat mir das salpetersaure Natron, welches ich als ein eben so kräftiges, aber viel freundlicheres Mittel dem Kali nitricum vorziehe, gute Dienste geleistet. Der synochale Charakter des Fiebers wurde bald auf den erethischen zurückgeführt. Ich verschreibe dieses Mittel bald für sich in Auflösung mit einem Schleimsyrup, bald in einem Aufgusse von Digitalis. Die letztere Verbindung zeigt sich namentlich bei stürmischer Gefässaufregung recht wirksam. Nur selten sah ich mich veranlasst, zugleich noch eine örtliche Blutentziehung vornehmen zu müssen. Jedoch konnte sie bei dem 3jährigen Mädchen wegen der sehr grossen Fieberhitze und des heftigen Blutandranges gegen das Gehirn nicht umgangen werden, und hatte sie auch einen guten Erfolg (4. Fall). Den Aderlass habe ich nie gemacht. Bei jüngeren Kindern reicht man mit örtlichen Blutentziehungen aus, dagegen kann bei älteren Kindern der synochale Fiebercharakter eine Venäsektion gebieten. Aber nicht die Frequenz des Pulses, sondern die Härte und Spannung gibt die Anzeige.

Man hüte sich wohl, zu schwächend in den kindlichen Organismus einzugreifen; die Strafe folgt auf dem Fusse nach.

Wenn der Ascites unter den Erscheinungen der Bauchfellentzündung eintritt und verläuft, so ist die Behandlung der Peritonitis in Anwendung zu bringen. Blutentziehungen, Kalomel, Rizinusöl, warme, schmerzstillende Fomente oder Kataplasmen, Bäder, Einreibungen mit Merkurialsalbe sind bekanntlich die Mittel, welche bisher das übliche Heilverfahren ausmachen. Geht die Entzündung nicht in Zertheilung über, endigt sie vielmehr mit einem serös-lymphatischen Ergusse in der Bauchhöhle, so müssen die noch näher zu besprechenden Mittel in Gebrauch gezogen werden. Im Vorbeigehen will ich noch bemerken, dass ich in jüngster Zeit mit dem Extraktum opii die Peritonitis, selbst bei Wöchnerinnen, mit viel günstigerem Erfolge behandelt habe. Ein ähnliches Heilverfahren wäre auch bei schon herangewachsenen Kindern zu versuchen. Dass die Gabe des genannten Opiumpräparates dem Alter und den übrigen individuellen Verhältnissen genau anzupassen sei, versteht sich von selbst.

2) Diuretische Mittel.

Die Therapie der Wassersucht überhaupt und des Ascites insbesondere würde, so warm auch viele andere Mittel empfohlen worden sind, nicht bloss eine grosse Lücke haben, sondern auch ein viel ungünstigeres Ergebniss erzielen, wenn die Diuretica fehlten. Ich schätze die harntreibenden Mittel hoch, und halte sie für weit heilsamer, als die Abführmittel. Sie führen nach meiner Erfahrung viel öfter einen günstigen Erfolg herbei, als die anderen hydropischen Heilmittel. Damit sei aber keineswegs gesagt, dass die übrigen Mittel entbehrlich seien. Ich will nur den hohen therapeutischen Werth der diuretischen Mittel, der unbestreitbar feststeht, hervorheben und auf den Vorzug, den sie vor anderen Mitteln haben, aufmerksam machen. Es ist eine ganz eitle Einrede, wenn man behauptet, dass die diuretischen Mittel weder unfehlbar seien, noch überall Heilung bewirken. Dieses unvermeidliche Geschick theilen sie mit allen übrigen Mitteln. Deshalb wolle man aber nicht das Kind mit dem Bade ausschütten. Die Unwirksamkeit der Mittel, wofern sie anders

nach richtigen Anzeigen verordnet werden, liegt in der Hartnäckigkeit oder Unheilbarkeit der Erkrankung.

Die diuretischen Mittel finden sowohl im aktiven als passiven Ascites Anwendung. Sie wirken viel milder auf den Organismus und schonen zugleich die Kräfte, und können selbst da noch in Gebrauch gezogen werden, wo die Abführmittel des Durchfalles oder der Erschöpfung wegen ausgeschlossen sind. Es ist wohl überflüssig zu bemerken, dass ein entzündlicher oder gereizter Zustand des uropoetischen Systemes ihre Anwendung nicht gestattet.

Die Zahl der diuretischen Mittel ist viel zu gross, als dass wir sie alle hier bezüglich ihres therapeutischen Werthes näher würdigen können. Es wird genügen, wenn wir diejenigen Diuretica, welche unser besonderes Vertrauen gewonnen haben, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit kurz besprechen. Diese Mittel sind nun folgende:

a) Der Tartarus boraxatus ist ein vortreffliches diuretisches Mittel. Es vermehrt nicht bloss die Urinsekretion, sondern macht den trüben, dicken, sedimentirenden Harn auch hell und klar und beseitigt da, wo Albuminurie vorhanden ist, den Eiweissgehalt. Ich reiche das Mittel in einer Gabe, welche nicht abführend wirkt, und verordne es in Auflösung, vorzugsweise im aktiven Ascites. Trägt die Krankheit den passiven Charakter an sich, so verbinde ich es mit tonischen Mitteln und setze auch wohl Spiritus nitrico-aethereus hinzu. Mir hat der Tartarus boraxatus oft die besten Dienste geleistet. Ich erinnere unter Anderen nur an den 9. Fall. Schon am nächstfolgenden Tage stellte sich nicht bloss eine reichlichere Urinabsonderung ein, sondern hatte der ganz trübe, morastige, fast schwärzliche Harn auch ein helleres Aussehen. Drei Tage später war die Farbe noch heller und hatte sich der dunkelgraue Bodensatz verloren. Auch das Schwinden des Eiweissgehaltes, welcher sich in bedeutender Menge vorfand, liess nicht lange auf sich warten. Eine ähnliche rasche Wirkung bethätigte das Mittel bei dem 9 Jahre alten Knaben (12. Fall.)

b) Der Tartarus depuratus steht dem vorigen Mittel an Wirksamkeit nach, und ist bei vorhandenem Durchfalle zu

vermeiden. Ich gebe das Mittel nur älteren, kräftigen Kindern, die nicht zu Diarrhoe geneigt sind, und verordne es gewöhnlich in Pulver mit Zucker und Elaeosaccharum juniperi. Treten bei seinem Gebrauche täglich eine bis drei dickbreiartige Stuhlausleerungen ein, so wird dadurch die diuretische Kraft nicht geschwächt, im Gegentheile die Harnabsonderung eher vermehrt.

c) Die Digitalis, welche ich durchweg in Aufguss verordne, ist bei erethischer und entzündlicher Aufregung des Gefässsystemes, wie schon oben bemerkt, ein schätzbares Mittel. Nur gebe man es in bescheidenen Gaben, um jeder nachtheiligen Einwirkung auf das Cerebralsystem auszuweichen. Im aktiven Ascites darf man von der Digitalis einen günstigeren Erfolg erwarten, als in der passiven Bauchwassersucht. Ich liebe durchaus nicht die ellenlangen Rezepte, wie sie vormals üblich waren und auch jetzt noch hier und da vorkommen, selbst fünfzehn verschiedene Mittel zu einem sonderbaren Gemisch vereint, muss aber gestehen, dass in Einzelfällen manche Verbindung, die so ganz dem individuellen Krankheitsfalle angepasst ist, eine viel bessere Wirkung hervorbringt, als wenn das Hauptmittel für sich allein gereicht wird. Diese Erfahrung werden gewiss auch andere praktische Aerzte gemacht haben. Von dem Zusatze des salpetersauren Natron war bereits oben die Rede. Auch habe ich die Digitalis mit Tartarus boraxatus im aktiven, fieberhaften Ascites oft mit ganz entschiedenem Erfolge angewendet.

3) Die Coccionella hat nur bisweilen meinen Erwartungen entsprochen, viel öfter sah ich mich bezüglich ihrer Wirksamkeit getäuscht. Bei dem 15monatlichen Kinde hatte sie auf die Diurese gar keinen Einfluss (1. Fall), dagegen bewirkte sie bei dem 10jährigen Mädchen reichliche Urinabsonderung (13. Fall). Bei dem 14 Jahre alten Knaben floss der Urin sogar in mehr als reichlicher Menge, nahm aber beim Fortgebrauche des Mittels wieder an Quantität ab (18. Fall). Ich gebe das Mittel bald in Pulver (℥jj mit ℈j Zucker, 2stündlich 1 kleinen Theelöffel voll für ältere Kinder), bald in Schüttelmixtur. Mitunter wirkte die Coccionella günstiger, wenn ich sie mit Tartarus depuratus verband.

e) In die grossen Lobeserhebungen, welche der Scilla gespendet werden, kann ich nicht einstimmen, wenngleich ich ihren Gebrauch keineswegs gänzlich verwerfe. Dieses Mittel findet nur bei passivem, fieberlosem Ascites Anwendung, verträgt sich aber nicht mit febriler Reizung des Gefässsystemes und setzt eine gewisse Integrität der Verdauungsorgane voraus. Es passt daher nicht bei Brechreiz oder bei wirklichem Erbrechen und bei Durchfall. Diese und ähnliche Intestinalstörungen, wenn sie auch vorher nicht vorhanden waren, können leicht durch die Scilla herbeigeführt werden. Unter diesen Umständen kann selbstverständlich von dem Fortgebrauche des Mittels gar keine Rede sein. Die bereits gesunkenen Kräfte würden sonst bald völlig erschöpft werden. Bei dem passiven Ascites ist und bleibt es eine der ersten Aufgaben, die bereits eingetretene Schwäche nicht zu vermehren, sondern die Kräfte möglichst aufrecht zu halten. Sonst scheitert alles Heilbestreben. Krampfwidrige oder aromatische Zusätze benehmen der Scilla noch lange nicht immer die feindliche Einwirkung auf das Digestionssystem.

f) Auch der Radix Caincae, welche ich in Dekokt verordne, kann ich die ertheilten Lobeserhebungen nicht nachrühmen. Statt vermehrter Diurese treten leicht Verdauungsstörungen ein.

g) Einen recht guten Erfolg sah ich nicht selten von einem Thee aus Radix Ononidis spinosae, Radix levistici ana ʒj Semin. petroselini ʒβ. Ich setze auch wohl Wachholderbeeren und Wachholderspitzen und einen angenehmen Bitterstoff hinzu. Bei schon herangewachsenen verständigen Kindern macht dieses Getränk keinen Widerwillen, dagegen lässt es sich jüngeren Kindern nicht so gut beibringen. Dem 15jährigen Knaben verordnete ich ein Decoctum radic. ononid. spinos. mit Kali aceticum und Roob juniperi. Es trat nicht allein eine reichliche Urinabsonderung ein, sondern der Harn bekam auch ein helles und klares Aussehen und nahm eine gelbliche Farbe an (20. Fall). Der seröse Erguss in der Bauchhöhle und das Anasarka schwanden bald.

3) Abführmittel und Brechmittel.

Die Brechmittel habe ich niemals verordnet, obschon ich

wohl weiss, dass grosse Aerzte sie mit Nutzen gegeben haben wollen. Von dem spontanen Erbrechen, mochte es nun von Zeit zu Zeit eintreten, oder aber häufiger erfolgen, habe ich keine gute Wirkung beobachten können. Im Gegentheile sah ich mich oft veranlasst, um dem drohenden Schaden zu begegnen, das Erbrechen zu stillen. Ob die Brechmittel einen heilsameren Eindruck auf den Organismus machen, sei dahingestellt. Meiner Meinung nach dürfen die Brechmittel wohl ohne allen Verlust aus der Reihe der hydropischen Heilmittel gestrichen werden.

Dagegen erfreuen sich die Abführmittel eines grossen Vertrauens, und lassen unter gewissen Bedingungen auch einen guten Erfolg erwarten. Vor anderen Heilmitteln haben sie den Vorzug, dass sich ihre Wirkung nach Belieben vermehren oder wieder vermindern lässt. Allein von der anderen Seite ist wohl zu erwägen, dass die Abführmittel leicht die Kräfte erschöpfen und bei längerem Fortgebrauche eher eine Zunahme als Abnahme des Ascites zur Folge haben, zumal wenn die Esslust darniederliegt oder nicht reger wird. Die Abführmittel sind nur dann angezeigt, wenn die Krankheit einen aktiven, sthenischen Charakter hat, wenn der Kräftevorrath eine gewisse Einbusse ohne besonderen Nachtheil erleiden kann und intestinale Unreinigkeiten nach unten tergesziren. Unter diesen Umständen kann man um so eher zu ihrer Anwendung übergehen, wenn die bisher gebrauchten diuretischen Mittel keine günstige Wirkung äusserten, oder aber keine hinlänglich reichliche Urinabsonderung herbeiführten. Bisweilen fliesst der Urin erst stärker, nachdem Abführmittel vorausgeschickt worden. Es ist eine auf den ersten Augenblick seltsame Erscheinung, dass in einigen Sumpfgegenden die Bauchwassersucht viel leichter durch Abführmittel als durch harntreibende Mittel gehoben werden kann. Der Grund hievon liegt wohl, wie bereits bemerkt, in der eigenthümlichen Luftbeschaffenheit des endemischen Krankheitsheerdes. Nie gebe man die Abführmittel zu lange fort. Auch vergesse man nicht, dass die Abführmittel in der ersten Kindheit viel leichter und eher die Kräfte aufreiben, als in der zweiten Kindheit oder gar in den Pubertätsjahren. Durch-

fall, bedeutende Schwäche oder Erschöpfung, Anämie oder Chlorose verbieten geradezu die Anwendung von Abführmitteln.

In der Kinderwelt bedürfen wir keineswegs des grossen Heeres von Abführmitteln, welches uns zu Gebote steht, vielmehr genügt eine kleine Auswahl vollkommen, um zum Ziele zu gelangen. Ueberdies greifen die stärkeren drastischen Mittel viel zu störend und nachtheilig in den kindlichen Organismus ein, als dass sie einen Empfehlungsbrief verdienen.

Der Tartarus depuratus besitzt nicht bloss eine diuretische Wirkung, die wir bereits oben kennen gelernt haben, sondern hat zugleich auch eine abführende Kraft. Er macht leicht flüssige Stuhlausleerungen, greift aber doch nicht stark an und eignet sich besonders für die sthenische, fieberhafte Form der Krankheit. Dagegen passt er nicht bei grosser Schwäche.

Die übrigen Neutral- und Mittelsalze, als Tartarus natronatus, Magnesia sulphurica, Natrum sulphuricum, wirken weit schwächender ein und setzen einen guten Kräftevorrath voraus.

Die Jalappa ist ein gutes Abführmittel und passt sowohl in der aktiven als passiven Form des Ascites, vorausgesetzt, dass die Kräfte noch nicht zu tief gesunken sind. Ein Zusatz von Kalomel ist ganz überflüssig und bei gewissen Blutalterationen sogar nachtheilig. Bei einem skrophulösen Mädchen verursachte diese Verbindung, wenn sie auch täglich nur ein Pulver nahm, gleich Speichelfluss. Hier lag eine Idiosynkrasie zu Grunde.

Auch die Rhabarber und das Infusum sennae compositum können mit Vortheil gegeben werden. Selten oder nie ist die Torpidität des Darmkanales so gross, als dass Aloe, Koloquinthen oder ähnliche drastische Mittel erforderlich seien.

4) Diaphoretische Mittel.

Viel seltener als durch die diuretische und abführende Methode gelingt die Heilung des Ascites durch diaphoretische Mittel. Es sind bereits oben die Anzeigen für die Diaphorese angegeben. Wir fügen noch hinzu, dass besonders im skarlatinösen Ascites, nachdem der synochale Fiebercharakter

auf den erethischen zurückgeführt worden, die Wiederherstellung der gestörten Hautthätigkeit geboten ist. Bei ganz trockener, spröder oder gar rissiger Haut hüte man sich, die Diaphorese erzwingen zu wollen. Dagegen unterstütze man die Natur, wenn die Haut anfängt feucht zu werden oder gelinde auszudünsten. Auch dann sind schweisstreibende Mittel in Anwendung zu bringen, wenn die gestörte Hautthätigkeit vielleicht hinter der wieder geregelten Funktion der anderen Sekretionsorgane zurückbleiben sollte.

Kali aceticum, Liquor ammonii acetici und Pulvis Ipecacuanhae opiatus (in bescheidenen Gaben) leisten gewöhnlich das, was man beabsichtigt. Die Wirkung dieser Mittel wird durch einen Theegenuss von Flieder- oder Kamillenblüthenaufguss, durch Aufenthalt im Bette und durch angemessene Bedeckung und Heizung der Krankenstube sehr unterstützt.

5) Tonische Mittel.

Die tonischen Mittel bilden immer nur unter gewissen Bedingungen die Grundlage der Behandlung. Sie sind angezeigt bei Kindern, die von Hause aus eine zärtliche, schwächliche Konstitution haben, oder aber in Folge der primären Krankheit oder durch die längere Dauer der Wassersucht sehr heruntergekommen sind. Auch anämische und chlorotische Zustände verlangen ein kräftigendes, stärkendes Heilverfahren. Es ist bereits oben schon bemerkt worden, dass, wofern der Ascites zu Intermittens in ursächlicher Beziehung steht oder sich sogenannte Fieberkuchen gebildet haben, Chinin und Eisen nothwendig sind. Die China und ihre Präparate, besonders das Chininsulphat, und das Eisen in seinen verschiedenen Verbindungen sind weitaus die besten Mittel, wenngleich auch bei weniger erheblichem Schwächezustande bisweilen die leichteren roborirenden, tonischen Mittel zum Ziele führen. Es ist eine bekannte Thatsache, dass das stärkende Heilverfahren, obschon sich die gesunkenen Kräfte wieder heben, noch lange nicht immer den serösen Erguss in der Bauchhöhle und an anderen Körperstellen zu beseitigen vermag. Unter diesen Umständen leistet ein Zusatz von diesem oder jenem diuretischen Mittel oft gute Dienste. In an-

deren Fällen wirkt auch die Verbindung mit einem gelinden diaphoretischen Mittel vortrefflich, dagegen sind Abführmittel zu vermeiden.

Nach den obigen Anzeigen verordnete ich dem 15 Monate alten Kinde ausser Leberthran schwefelsaures Chinin, konnte aber weder durch diese noch durch andere Mittel Heilung bewirken (1. Fall). Dagegen wurde das 2 Jahre 6 Monate alte Mädchen, welches in Folge der längeren Dauer der Krankheit einen erheblichen Kräfteverlust erlitten hatte, durch die Anwendung des Extractum graminis, Extr. cardui benedicti, Extr. cort. aurantior. mit Spiritus nitrico-aethereus und Tartarus boraxatus völlig wiederhergestellt (2. Fall). Auch bei dem 3jährigen Mädchen hatten diese Bitterstoffe welche mit Spiritus muriatico-aethereus und Spiritus juniperi verbunden wurden, einen guten Erfolg, so hartnäckig die vermehrte Urinabsonderung auch den anderen Mitteln lange getrotzt hatte (4. Fall). Bei dem 13jährigen Knaben, bei welchem der Ascites von Intermittens abhängig war, hob ich zuerst die verkrüppelten Fieberanfälle durch Chininsulphat und gab, als dieses Mittel die Diurese nicht reichlich genug förderte, eine Auflösung von Extractum cardui benedicti mit kleinen Gaben von Spir. nitrico-aethereus. Nun fiel die Urinsekretion mehr als reichlich aus und folgte schnell völlige Heilung nach (15. Fall). Das Chininsulphat beseitigte bei dem 17 Jahre alten Knaben, der an Intermittens quartana litt, zwar die Fieberanfälle, konnte aber eben so wenig wie die anderen Mittel, welche in Anwendung kamen, die hochgradige Bauchwassersucht und das Anasarka zur Heilung bringen (22. Fall). Ich will hier noch hinzufügen, dass von den Eisenmitteln das Vinum martiatum, die Tinctura ferri pomati, das Extractum ferri pomati, das Ferrum sulphuricum, das Ferrum lacticum alle Empfehlung verdienen.

b) Aeussere Mittel.

Es lässt sich nicht läugnen, dass manche äussere Mittel die Heilwirkung der inneren kräftig unterstützen und bisweilen die inneren Mittel erst befähigen, ihre volle Heilkraft zu bethätigen. Aus der grossen Zahl der äusseren Mittel, die

mehr oder weniger gerühmt werden, wählen wir hier nur einige aus.

Paracentese. — Ich kann die grossen Lobeserhebungen, welche die operationslustigen Aerzte dem Bauchstiche beilegen, nicht theilen. So oft ich diese Operation auch machte, so hat sie doch nie meine Erwartungen befriedigt, selbst wenn sie auch frühzeitig genug unternommen wurde. Auch da hatte die Paracentese nicht den gewünschten Erfolg, wo ich annehmen durfte, dass die Krankheit (Peritonitis) in der Ablagerung des serösen Ergusses in der Bauchhöhle erloschen sei. Nie habe ich durch die Operation eine radikale Heilwirkung beobachtet, stets war ihre Wirkung nur palliativ. Jedoch soll nicht verschwiegen werden, dass durch diesen operativen Eingriff die Athmungs- und Verdauungsbeschwerden, die bei hochgradigem Ascites eintreten und eine grosse Qual für die Kranken sind, erleichtert wurden. Weit entfernt, zu glauben, dass die Paracentese völlig entbehrlich sei, möchte ich doch dafür halten, dass die Operation im kindlichen Alter wohl umgangen werden könne. Und doch gibt es Fälle, wo man sich zu dem Bauchstiche veranlasst findet. So verhielt es sich denn bei dem 14 Jahre alten Knaben (19. Fall). Der Ascites war mehr als hochgradig und verursachte in dem Brust- und Bauchorgane heftige Druckerscheinungen, und die Heilmittel blieben ohne allen Erfolg. Unter diesen Umständen machte ich die Paracentese. Nach der Operation blieben aber die Heilmittel eben so unwirksam, als vorher. Der seröse Erguss in der Bauchhöhle kehrte wieder zurück. Als mein Wissen rathlos war und die Kunst mich verliess, da erwachte die Heilkraft der Natur und führte, wie oben bemerkt, durch Einleitung von Intermittens Genesung herbei.

An die Paracentese lehnt sich unmittelbar die Bahnung eines anderen künstlichen Weges an. Es ist dies die Skarifikation. Es darf dieses Mittel, wie so manches andere, um so weniger unerwähnt bleiben, als der Ascites, wenn auch nicht immer, doch sehr häufig mit Anasarka verbunden ist. Die Punktion mittelst Impfnadeln bewirkt einen eben so anhaltenden als reichlichen Ausfluss einer serösen Flüssigkeit, lindert manche Qualen, hebt die Diurese oder macht die Wirk-

ang der urintreibenden Mittel erfolgreicher. Dieser heilsamen Wirkung gegenüber hat die Skarifikation gar leicht bedenkliche, selbst gefährliche Zufälle zur Folge. Wir erinnern an die Entzündungen, die Geschwürsbildung und das brandige Absterben. Bei erysipelatöser Beschaffenheit der Haut, bei tief gesunkenen Kräften und bei kachektischem Zustande ist die Operation, wenn sie auch mit aller Vorsicht unternommen wird, geradezu verboten. Ueberdies scheint mir in der Kinderwelt dieses Kunstverfahren um so weniger angemessen und gerechtfertigt, als uns hier die Natur durch spontanes Aufbrechen der Haut, wie dies bei Erwachsenen oft vorkommt, diesen Heilweg nicht vorzeichnet, abgesehen davon dass auch andere ganz gefahrlose Mittel zum Ziele führen.

Man hat die Kompression des Bauches mittelst einer breiten Leibbinde oder Serviette behufs leichterer Resorption des serösen Ergusses in der Bauchhöhle empfohlen. Erwägt man aber, dass eine gelinde Kompression nichts nützt und eine starke Einzwängung des Unterleibes Dyspnoe, Leibschmerzen und Verdauungsbeschwerden veranlasst, oder dieselben, wenn sie bereits vorhanden sind, steigert, so erhellt, was von diesem Mittel zu halten sei.

Dagegen macht die Einwickelung der wassersüchtig geschwollenen Füsse keine Beschwerden und fördert die schnellere Resorption der infiltrirten Flüssigkeit. Die Heilwirkung ist um so grösser, wenn die Binden mit zertheilenden, gelinde reizenden Flüssigkeiten (Infusum oder Tinctura arnicae, Tinct. digitalis oder scillae, Spiritus serpylli oder camphoratus) befeuchtet werden. Aber diese Mittel, so wie auch die Einwickelung, dürfen nur beim kalten Oedem in Anwendung kommen. Dagegen werden bei dem sogenannten warmen Oedem und bei erysipelatöser Entzündung der Haut die wassersüchtig geschwollenen Beine mit Umschlägen aus Kamillenthee mit Bleiwasser bedeckt. Bei brandiger Zerstörung sind warme Fomente aus China oder aromatischen Kräutern nützlich.

Die Oeleinreibungen erweisen sich recht wohlthätig. Sie mildern nicht allein die Spannung der Haut und die trockene, spröde, aufgerissene Beschaffenheit, sondern fördern auch die Diurese. Man kann dazu Olivenöl, Mohnöl, Mandelöl, Ter-

penthinöl nehmen. Bei dem 2 Jahre 6 Monate alten Kinde liess ich mit Vortheil Kampherliniment mit Mandelöl in die Bauchoberfläche einwirken (2. Fall).

Von so vielen gepriesenen Salben weiss ich nichts Rühmliches zu sagen. Ich habe die verschiedensten Stoffe bald in Auflösung, bald in Salbenform, selbst das so wirksam gepriesene Veratrin, in den Unterleib, besonders in die Nierengegenden, einreiben lassen, sah aber meine Erwartungen nicht befriedigt. Ob nicht die äussere Anwendung der Jodtinktur einen besseren Erfolg habe? Dieses Mittel scheint mir wegen der stark resorptionsfördernden Kraft des Versuches werth zu sein. Wie schnell das Hygroma patellare nach dem Bepinseln mit Jodtinktur schwindet, ist wohlbekannt.

Hier komme ich auf ein altes Volksmittel zurück. Es sind die frischen Birkenblätter, besonders aus dem Monat Mai. Der Bauch sowohl als die Beine werden mit diesen Blättern dick belegt. Bald tritt eine mehr oder weniger starke Hautausdünstung ein und vermehrt sich zugleich die Urinabsonderung. Insofern dieses Mittel keine Schädlichkeit einschliesst, ist es immerhin zu versuchen, zumal seiner Anwendung in der geeigneten Jahreszeit nichts im Wege steht, und dasselbe nicht, wie die Einreibungen von Salben und Oelen, die Leib- und Bettwäsche verunreinigt. Ueberdies fordert es keine Geldauslage; ein Punkt, der bei der ärmeren Volksklasse wohl zu berücksichtigen ist.

Noch will ich eines anderen Volksmittels erwähnen. Dies ist eine Salbe aus in Asche gebratenen Zwiebeln, Terpenthinöl und Gänsefett. Bei dem 3jährigen Mädchen förderte diese Salbe, welche in die Nierengegenden eingerieben wurde, anfangs die Diurese sehr, versagte aber bald wieder die Heilwirkung, obschon das Kind zugleich noch Thee aus gestossenen Mistelkernen trank (4. Fall).

Wenn man auch diesen und ähnlichen Volksmitteln kein zu grosses Vertrauen schenken kann, so darf man doch nicht über dieselben geradezu den Bannfluch aussprechen. Theilen sie doch mit den anderen Heilmitteln, die ebensowenig unfehlbar sind, ein und dasselbe Loos, nämlich die Wirksamkeit und Unwirksamkeit.

B) Verhütung der Wiederansammlung des Wassers.

Nachdem nun durch diese oder jene Heilmethode, durch innere oder äussere Heilmittel das Krankheitsprodukt entfernt worden, geht die zweite, nicht minder vollwichtige Aufgabe dahin, die Wiederansammlung des serösen Ergusses in der Bauchhöhle und an anderen Körperstellen zu verhüten. Diese Aufgabe ist nicht immer leicht zu lösen und lässt sich in manchen Fällen gar nicht verwirklichen. Dies darf uns aber nicht abhalten, alle möglichen Versuche anzustellen, zumal in der Kinderwelt die Bauchwassersucht viel eher gründlich geheilt werden kann, als in den späteren Lebensabschnitten.

Das erste und grösste Schutzmittel ist die vollständige Hebung der Krankheitsursache. Ueberall da, wo sich das ätiologische Verhältniss gründlich beseitigen lässt, ist die Rückkehr der Krankheit nicht zu befürchten.

Ein anderes Mittel ist die Vernichtung der Sekretionsthätigkeit. Aber wie lässt sich dies sicher und ohne Gefahr zu Stande bringen? Wir wissen, dass sich bei Hydrocele durch reizende Einspritzungen eine Verwachsung der Scheidenhaut bewirken lässt. Es lag nahe, dieses günstige Ergebniss auch für die Körperhöhlen zu verwerthen. So werden denn in jüngster Zeit bei serösem oder eiterigem Ergusse in der Brusthöhle Einspritzungen von Jodtinktur mit oder ohne Jodkali mit mehr oder weniger gutem Erfolge gemacht. Allein bei Ascites hat ein derartiges Heilverfahren nicht bloss grosse Schwierigkeiten, sondern schliesst auch grosse Gefahren ein. Schon die eigenthümliche anatomische Lagerung der Organe in der Bauchhöhle lässt es nicht zu einer allgemeinen Verwachsung kommen, abgesehen von der heftigen Peritonitis, die sich in Folge von reizenden Einspritzungen ausbildet. Viel eher kann bei Sackwassersucht ein günstiger Erfolg erzielt werden.

Noch längere Zeit ist die wiederhergestellte Funktion der Haut, der Nieren und des Darmes zu überwachen und jede Störung gleich wieder zu beseitigen. Wo es immer die Verhältnisse erlauben, vertausche man die nassfeuchten, sumpfigen Thäler mit einem Aufenthaltsorte, der sich durch eine

trockene, warme, heitere Luft auszeichnet. Ein solcher Wechsel des Wohnortes ist besonders in jenen Formen des Ascites von grossem Vortheile, die von Störungen des Hautsystemes oder von Abdominalleiden ausgehen, oder aber mit Intermittens in ursächlicher Verbindung stehen. Hier ist das Reisen sowohl zur Heilung der Bauchwassersucht als auch zur Verhütung eines Rückfalles weit heilsamer, als bei der tuberkulösen Phthise.

Da aber von der Veränderung des Wohnortes nur die begüterte Klasse Gebrauch machen kann, so müssen wir ein anderes Mittel, welches sich als Gemeingut für alle Stände verwerthen lässt, in Anwendung bringen. Dieses Mittel besteht in Kräftigung des Organismus. Ausser angemessenen Speisen und Getränken sind die roborirenden, tonischen Heilmittel angezeigt. Diese Mittel dienen nicht bloss zur Heilung der Bauchwassersucht, wie dies schon oben angegeben, sondern tragen auch zur Verhütung eines Rückfalles bei, und können namentlich in jenen Formen der Krankheit, die mit eigenthümlichen Veränderungen im Blute verbunden sind, gar nicht entbehrt werden. Das Eisen und seine Verbindungen leisten hier die besten Dienste, wenn sie dem Zustande der Verdauungsorgane wohl angepasst werden. Ueberdies sorge man für häusliche und persönliche Reinlichkeit und sei auf eine den Jahreszeiten entsprechende Bekleidung bedacht. Wer die dumpfe, feuchte Wohnung mit einer trockenen, dem Sonnenlichte zugänglichen vertauscht, trägt ganz dem Gesundheitswohle Rechnung.

III. Indicatio symptomatica.

Die mannigfaltigen Nebenzufälle, welche die Bauchwassersucht begleiten, müssen nach ihrer Natur und ihrer Wichtigkeit behandelt werden. Es würde uns viel zu weit führen, wenn wir auf alle diese Zufälle eingehen wollten.

Von grosser Wichtigkeit ist es, die Verdauungsorgane möglichst in einem guten Zustande zu erhalten. Die gastrisch belegte Zunge reinigt sich und die Esslust wird wieder reger, wenn man das Natrum subcarbonicum oder bei vorhandener Stuhlverstopfung die Magnesia usta reicht. Durch Verbesser-

ung der Digestionskraft wird zugleich den anderen Heilmitteln eine grössere Wirksamkeit verschafft. Reicht man gleich von vorneherein bittere Mittel, so sieht man sich in den Erwartungen leicht getäuscht. Bisweilen machen die kohlensäurehaltigen Mineralwasser als Genussmittel einen vortrefflichen Eindruck auf die gestörte Verdauungsthätigkeit.

Das vorübergehende Erbrechen erfordert kein besonderes Einschreiten. Ganz anders verhält es sich, wenn das Erbrechen nicht bloss häufig wiederkehrt, sondern fast anhaltend fortdauert. So war es bei dem 8jährigen Knaben (10. Fall). Das grösste Labemittel waren diesem Kinde Brausepulver mit Elaeosaccharum citri. Bei dem 7 Jahre alten Knaben war das Magisterium bismuthi mit Extractum opii gegen das Erbrechen, den Durchfall und die Dyspnoe ganz entschieden heilsam (8. Fall).

Die Stuhlverstopfung weicht gewöhnlich schon gelinden Abführmitteln. Dagegen widersteht der Durchfall oft allen Heilmitteln. Wo die Diarrhoe sich nicht völlig heben lässt, suche man sie wenigstens zu mässigen. Auch dies gelingt nicht immer. Bei dem 7jährigen Knaben hatte das Argentum nitricum einen eben so raschen als dauerhaften Heilerfolg.

Wie in der peritonitischen Form der Krankheit die Leibschmerzen zu mildern und zu heben seien, ist bereits oben näher besprochen worden. Die intermittirenden Bauchschmerzen verlieren sich oft spontan wieder, oder weichen doch den Einreibungen mit Bilsenkrautöl oder beruhigenden Kataplasmen. Selten braucht man zum Opiumextrakte zu greifen. Wenn Würmer mit im Spiele sind, verbinde man Santonin mit Jalappa.

Die Dyspnoe, welche von einem gleichzeitigen Herzleiden herrührt, werde mit Digitalis bekämpft. Auch kann die Applikation eines Senfteiges auf die Brust nöthig sein. Hier sowohl als bei hochgradigem Ascites werden die Athmungsbeschwerden durch die halb sitzende oder aufrechte Stellung, unter Zufuhr von reiner, frischer Luft, sehr erleichtert.

Bei anhaltender Schlaflosigkeit gibt man eine dem kindlichen Alter entsprechende Dose von Pulvis Ipecacuanhae

opiatus. Dieses Mittel hat zugleich die gute Nebenwirkung, dass dadurch die Hautthätigkeit befördert wird.

Das Fieber, welches sich gegen Ende der Krankheit erhebt und bald den torpiden Charakter annimmt, ist selten so gefällig, den Heilmitteln zu weichen. Um das gesunkene Reaktionsvermögen zu steigern, verordne man flüchtige Reizmittel, als Kalamus, Wein, Naphthen, versüsste Säuren. Diese Mittel werden zweckmässig mit tonischen verbunden.

IV. Hygieinisches Verhalten.

Wir können uns hier um so kürzer fassen, als wir einerseits bereits aus der Aetiologie die zu vermeidenden Schädlichkeiten kennen, und andererseits an manchen Stellen ein Wort über das hygieinische Verhalten haben fallen lassen.

Es wäre daher eine ganz überflüssige Wiederholung, wenn wir nochmals auf die gesunde Wohnung, die zweckmässige Bekleidung und die Hautpflege und derartige nothwendige Erfordernisse zurückkommen wollten. Auch übergehen wir den grossen Vortheil, welchen die Vertauschung eines ungesunden Wohnortes mit einem gesunderen gewährt, mit Stillschweigen. Dagegen dürfen wir einige andere Punkte, die ihre Erledigung noch nicht gefunden haben, nicht unerwähnt lassen, zumal ein nach allen Beziehungen hin angemessenes diätetisches Verhalten den günstigen Heilerfolg beeinflusst.

In der aktiven, fieberhaften Form der Bauchwassersucht fährt man am besten, wenn die Speisen nicht bloss in geringer Menge genossen werden, sondern auch eine mehr wässerige, wenig nährende Beschaffenheit haben. Je hitziger das Fieber ist, desto strenger ist eine entzündungswidrige Diät zu beobachten, während alle erhitzenden Speisen und Getränke gänzlich untersagt sind. Man beschränke sich auf Wassersuppen, kühlende Getränke und gekochtes Obst. Nie aber werde die Entziehungskur zu lange fortgesetzt.

Hat die Krankheit den passiven Charakter, so ist eine entgegengesetzte Diät zu führen. Sie ist aber genau der Verdauungskraft anzupassen. Man beginne mit den gelinderen Nährmitteln und gehe erst allmälig zu den stärkeren und kräftigeren über, und nehme sie lieber in kleineren und öfte-

ren Gaben, als in grösseren und selteneren. Es kann nicht in unserer Absicht liegen, einen Küchenzettel vorzulegen, sondern wir wollen nur bemerken, dass durch den Genuss von Fleischsuppen und Hühnerbrühen, durch gebratenes Fleisch und Eier dem Kräfteverfalle und der Erschöpfung vorgebeugt wird. Sollten Gemüse munden, so werden die leichteren Blatt- oder Wurzelsorten, welche nicht aufblähen, ausgewählt.

Was das Trinken angeht, so ist es kaum zu begreifen, wie man widersinniger Weise dasselbe den durstigen Kranken hat untersagen können. Man lasse sie vielmehr nach Herzenslust trinken. Nur hat es eine praktische Bedeutung, die Getränke derartig einzurichten, dass sie die Wirkung der Arzneien unterstützen, wenigstens die Heilkraft nicht beeinträchtigen oder stören. So entspricht das kalte Wasser, ein eben so erquickendes als beliebtes Genussmittel, der fieberhaften Aufregung des Gefässsystemes. Dagegen werde die eingeleitete Diaphorese durch warme, gelinde auf die Haut wirkende Getränke gefördert, während man bei Anwendung der diuretischen Mittel oder Abführmittel solche Getränke wählt, welche die Harnabsonderung oder die Stuhlausleerungen bethätigen. Die Mittel selbst brauchen um so weniger namhaft gemacht zu werden, da Jeder sie genau kennt.

Man lasse die Kinder nie anhaltend in der Wiege oder im Bette liegen, sondern veranlasse sie wenigstens zeitweise zum Aufsitzen. Erlaubt es der Krankheitszustand, die Jahreszeit und die Witterung, so verlasse man zeitweise die Krankenstube und mache sich in der freien Natur leichte Bewegungen, oder halte sich wenigstens je nach der Behaglichkeit kürzere oder längere Zeit in der freien Luft auf.

V. Behandlung der Komplikationen.

Es erübrigt noch einige Worte über die Behandlung der Komplikationen hinzuzufügen.

Die Medikation richtet sich bei dem skarlatinösen Ascites nach dem Charakter des Fiebers. Der entzündliche Charakter wird durch antiphlogistische Heilmittel gebrochen und auf den erethischen zurückgeführt. Sobald dies gelungen, sucht man die gestörte Hautthätigkeit durch angemessene Mittel, wie

z. B. Kali aceticum, zu fördern, ohne dass jedoch die übrigen Sekretionsorgane unberücksichtigt bleiben dürfen. Geht die akute Form der Scharlachwassersucht in die chronische über, so hat die Behandlung mit grösseren Schwierigkeiten zu kämpfen, und bietet die Krankheit oft lange der einen wie der anderen Heilmethode Trotz, bis sie endlich dennoch den Heilbestrebungen weicht. Einen Beleg dazu gibt unter Anderen die oben mitgetheilte Krankengeschichte (4. Fall).

Auch bei der Bright'schen Nierenkrankheit, die Bauchwassersucht zur Folge hat, ist wohl zu unterscheiden, ob sie fieberlos verläuft, oder aber von Fieber begleitet wird, und im letzteren Falle, wie die Natur des Fiebers sei. Demnach führen bald antiphlogistische, bald diaphoretische, bald diuretische, bald darmausleerende Mittel Heilung herbei.

Das urämische Ergriffensein des Gehirnes, welches sich zum Ascites gesellt, lässt sich nicht durch eine spezifische Heilart heben, vielmehr richten sich die Mittel ganz nach der Eigenthümlichkeit des gegebenen Falles. Die Art und die Wichtigkeit der Zufälle, das Vorhandensein oder Fehlen der Gefässaufregung, der Charakter des Fiebers, der Kräftezustand, die ursächlichen Bedingungen und ähnliche Punkte dienen dem Heilplane zur Grundlage. Bei dem 3jährigen Mädchen, welches starke Kongestionen gegen den Kopf und eine brennende Fieberhitze hatte, schwanden die fürchterlichen Eklampsieanfälle, nachdem Salpeter und eine örtliche Blutentziehung in Anwendung gekommen (4. Fall). Dagegen führte bei dem 4jährigen Kinde ein anderes Heilverfahren zum Ziele. Wiewohl der Kopfschmerz, die Schlummersucht, der Wechsel der Gesichtsfarbe und der gereizte Puls zu einer Blutentleerung einladeten, so wurde sie doch unterlassen, weil die Temperatur am Kopfe nicht erhöht war. Es wurde verordnet: Tartar. natron. ʒjj Aq. petroselin. ʒjjβ Spir. junip. ʒjj Spir. nitr. aeth. ℈j Syr. rhei ʒβ M. D. S. 2stdl. 1 Kinderlöffel voll zu nehmen. Schon am nächstfolgenden Tage, wo mit dem Stuhle eine Spulwurm abging, war das Oedem des Gesichtes verschwunden und trat grössere Munterkeit und vermehrte Urinabsonderung ein. Der anfangs trübe, jumentöse Urin wurde hell und klar, und die Besserung machte augenschein-

lich bis zur vollständigen Genesung Fortschritte (5. Fall). Bei dem 17 Jahre alten Knaben blieben die Konvulsionen auf die Anwendung von Zinkblumen nicht aus, dagegen wurden sie ungeachtet ihrer Heftigkeit und der 26stündigen Andauer gleich durch das Opiumextrakt gehoben. Nun wurde eine Auflösung von Kali aceticum mit Roob juniperi und darauf ein Aufguss von Digitalis mit Tartar. boraxat., Roob junip. und einer kleinen Gabe von Spir. nitrico-aeth. verordnet. Unter dem Fortgebrauche dieser Mittel verlor sich der komatöse Zustand und kehrte das Bewusstsein zurück. Die Urinabsonderung nahm auffallend zu, die Esslust wurde besser und der Stuhl erfolgte regelmässig. Anfangs war der Urin dick und trübe und stark blutig, später aber hell und klar, von strohgelblicher Farbe. Kurz, der Knabe wurde bald vollständig wieder hergestellt.

Was endlich die Behandlung des Lungenödems betrifft, an welchem der 16jährige Knabe litt, so wurde dasselbe, so hochgradig es auch war, baldigst wieder gehoben. Das entzündliche Fieber, die brennend heisse Haut, der beschleunigte, kräftige und volle Puls, die jagende, keuchende Respiration, die grosse Dyspnoe verloren sich bei dem Gebrauche von Digitalisaufguss, zu welchem anfangs Salpeter und später Tartarus boraxatus gesetzt wurde. Die Krankheit entschied sich durch starken Schweiss und reichliche Urinabsonderung.

Rückblick.

1) Die freie Bauchwassersucht bietet im kindlichen Lebensabschnitte manche Eigenthümlichkeiten dar, die mehr in pathologischer als therapeutischer Beziehung von Wichtigkeit sind.

2) Die allgemein wahrnehmbare Fluktuation und der matte, gedämpfte Perkussionston im ganzen Bereiche der Wasseransammlung sind die beiden physikalischen Kennzeichen, welche die Diagnose des serösen Ergusses in der Bauchhöhle sicher stellen und die Verwechselung der Krankheit mit ähnlichen Leiden ausschliessen.

3) Wie und auf welche Weise der Prozess der Wasseransammlung vor sich gehe, ist zur Zeit noch ein Räthsel.

Die Annahme eines gestörten Missverhältnisses zwischen Exhalation und Resorption im Lymphgefässsysteme gehört, wie manche andere Erklärung, zu den unhaltbaren Hypothesen.

4) Selten besteht der Ascites für sich allein, gewöhnlich ist er mit Oedem oder Anasarka verbunden. Beim Fortschreiten des hydropischen Prozesses werden auch die anderen Körperhöhlen befallen.

5) Man muss eine aktive, sthenische, akute, fieberhafte Form und eine passive, asthenische, chronische, fieberlose Form der Krankheit unterscheiden. Diese Kenntnissnahme hat eine grosse praktische Tragweite.

6) Die Bauchwassersucht anerkennt keine primäre Genese, sondern ist nur sekundären Ursprunges.

7) Die Krankheiten, welche dem Ascites vorhergehen, sind mannigfaltig und verschiedener Art. Wir erinnern an Intestinalstörungen, Scharlach, Bright'sche Nierenkrankheit, Intermittens, organische Fehler.

8) Das Lebensalter, das Geschlecht, die Konstitution, die Jahreszeiten, die klimatischen Verhältnisse und die antihygieinischen Momente beeinflussen mehr oder weniger das Auftreten der Krankheit.

9) Das urämische Ergriffensein des Gehirnes ist eine Komplikation, welche durch das Bright'sche Nierenleiden bedingt wird. Dagegen steht das Lungenödem nicht immer in einem Abhängigkeitsverhältnisse zu der genannten Nierenkrankheit.

10) Die Bauchwassersucht ist der vollständigen Heilung fähig, geht aber häufiger in den Tod als in Genesung über. Bisweilen macht die Krankheit Rückfälle. Die Prognose ist mithin ungünstig.

11) Die erste und wichtigste Heilanzeige ist die Hebung des ätiologischen Verhältnisses. Die Heilung der Krankheit gelingt bald durch diuretische, bald durch diaphoretische, bald durch darmausleerende, bald durch tonische Mittel. Eine angemessene diätetische Pflege unterstützt die Wirkung der Heilmittel.

12) Die Komplikationen erfordern ein Heilverfahren, welches ihrer Natur und ihrem Charakter entspricht.

II. Intermittens.

Die Intermittens bietet so viele noch nicht aufgeklärte Eigenthümlichkeiten, dass, je länger und häufiger man die Krankheit beobachtet hat, desto anziehender ihr Studium ist. Ich werde zur Vervollständigung meiner in dieser Zeitschrift abgedruckten Abhandlung (1862) nicht unterlassen, von Zeit zu Zeit fernere Beiträge zu liefern. Vorläufig erlaube ich mir, folgende vier Fälle mitzutheilen:

Erster Fall. — Mathilde L., 27 Monate alt, ein gesundes, blühendes Mädchen, war seit einigen Tagen verdriesslich und hatte Fieber. Die Esslust verlor sich und Durchfall trat ein, die Stuhlausleerungen enthielten viele zähe Schleimmassen. Eine nachweisbare Verdauungsstörung war vorausgegangen. Am 27. Mai wurde ich eiligst gerufen. Das Kind hatte einen heftigen Eklampsieanfall, welcher lange dauerte, aber nicht zurückkehrte. Das Fieber schwand, die Esslust regte sich, die Zunge war reiner, der Stuhl wieder regelmässig; kurz, die Konvaleszenz schien zu beginnen. Allein dies war Täuschung. Das Kind war noch am 2. Juni den ganzen Tag scheinbar wohl und schlief in der nächstfolgenden Nacht ruhig. Um 4 Uhr Morgens fing es an stark zu stöhnen und bekam eine heftige Hitze. Um die Mittagszeit wurde abermals ärztliche Hülfe nachgesucht. Das Kind hatte noch eine grosse Fieberhitze, Schweiss aber fehlte, der Puls war beschleunigt und das Gesicht lebhaft geröthet. Es lag anhaltend in einem tiefen soporösen Zustande, aus dem es nicht aufgeweckt werden konnte, hatte die Augen halb geschlossen, knirschte mit den Zähnen, und liess sich den Mund weit öffnen, ohne zu erwachen. Der Bronchialhusten, welcher seit der ersteren Erkrankung bestand, machte sich nach dem Anfalle von Zeit zu Zeit noch vernehmlich. Die Milzgegend schien weder geschwollen, noch beim Drucke empfindlich zu sein. Es folgte später ein ruhiger Schlaf, der bis 2 Uhr Nachmittags währte. Darauf verlor sich die Fieberhitze, ohne dass Schweiss eintrat, das Gesicht sah blass aus, der Urin war weisslich trübe und bildete einen weisslichen Bodensatz.

Das Kind verlangte Speisen und verzehrte sie mit Lust, und fühlte sich in den Abendstunden, wo ich es wieder besuchte, wohl. Am folgenden Tage kehrte um Mittag der Fieberanfall, ohne von Hirnzufällen begleitet zu sein, zurück, war aber viel gelinder. Die vorher blassen Wangen rötheten sich, die Eigenwärme nahm zu, der Puls war gereizt, der Durst vermehrt. Der Anfall ging bald wieder vorüber, und war von Wohlsein gefolgt. Seitdem blieb das Kind von ferneren Fieberanfällen verschont und ging rasch der vollständigen Genesung entgegen, die durch keinen Rückfall gestört wurde.

Die vorausgehende gastrische Störung maskirte anfangs die zu Grunde liegende Intermittens, und veranlasste um so leichter einen diagnostischen Irrthum, als das Fieber anfangs den typischen Charakter nicht zu erkennen gab. Das plötzliche Auftreten eines heftigen Fieber- und Eklampsieanfalles war zwar verdächtig, konnte aber doch nicht das wahre Sachverhältniss aufklären. Im Gegentheile das darauf folgende Wohlsein, welches mehrere Tage andauerte, deutete auf Heilung der Krankheit hin. Durch die eingeleitete antigastrische Behandlung scheint aber die Intermittens nur in den Hintergrund gedrängt worden zu sein. Als der Fieber- und Eklampsieanfall zum zweiten Male wiederkehrte, lag die Annahme eines Rückfalles nahe. Es wurde nun gleich Chininsulphat gereicht. Die richtige Wahl des Mittels bestätigte der am folgenden Tage wieder eintretende Fieberanfall und die schnelle Heilung der Krankheit. Uebrigens hat man nicht oft Gelegenheit, die eklamptische Form der Intermittens zu beobachten.

Zweiter Fall. — Wilhelm Sch., 2 Jahre 6 Monate alt, ein munterer, gesunder Knabe, bekam seit einigen Tagen um die nämliche Zeit einen Fieberanfall. Das Kind war Morgens munter, spielte und lief fröhlich umher, bis es um die Mittagszeit anfing zu gähnen und im Gesichte zu erblassen. Bald nachher steigerte sich die Temperatur der Haut und waren die Wangen geröthet. Der Knabe verlangte gleich nach Bett, legte sich hin, schlief zwei bis drei Stunden und stand dann munter wieder auf. Während des Schlafes dünstete der Kopf

und das Gesicht stark aus. Die Zunge war rein, die Esslust gut, der Stuhl regelmässig, die Milz wenig geschwellt. Das Fieber schwand spontan, als am oberen Rande der linken Ohrmuschel, die anschwoll, sich röthete und schmerzte, eine Gruppe von herpetischen Bläschen, die eine trübe Flüssigkeit enthielten, erschien. Um jedoch einem Rückfalle vorzubeugen, wurden drei Gran Chininsulphat verordnet. Diese kleine Gabe genügte als Prophylaktikum, vielleicht wäre der Fieberanfall auch ohne dieses Heilmittel nicht wiedergekehrt.

Hier kennzeichnete sich die Intermittens durch die regelmässigen täglichen Fieberanfälle ganz deutlich. Dieser Fall hat nichts Ausgezeichnetes, gibt aber Anlass zu einer kleinen Bemerkung. Wir wissen, dass in der Intermittens, so wie in manchen anderen Krankheiten, gar häufig ein herpetischer Ausschlag, der bald grössere, bald kleinere Gruppen von Bläschen bildet, erscheint. Das Exanthem zeigt sich bald an der Oberlippe, bald an der Unterlippe, bald an den Nasenflügeln oder am Eingange in die Nasenhöhlen, bald an den Ohren. Aus dem verschiedenen Sitze des herpetischen Ausschlages sollte man fast schliessen, dass die Natur, die sonst keine krummen Sprünge macht, hier sich einmal von ihrer Laune leiten lasse. Ueberdies bethätigt der Ausschlag eine verschiedene Wirkung. Das eine Mal schwindet nach seinem Auftreten die Intermittens vollständig, das andere Mal erscheinen die Fieberanfälle nur gelinder, und noch ein anderes Mal bleibt die Krankheit, wie sie war, fortbestehen. Was soll man von einem so gearteten kritischen Ausschlage halten?!

Dritter Fall. — Gertrud H., ein schwächliches Mädchen, wurde, als sie 18 Monate alt war, von Intermittens quotidiana befallen und durch Chininsulphat von der Krankheit geheilt. Acht Monate später bekam sie den Keuchhusten, der epidemisch herrschte. Nachdem der Keuchhusten, der seit einiger Zeit in seinen Hustenanfällen nicht mehr mit Erbrechen verbunden war, etwa zwei Monate angedauert hatte, gesellte sich eine andere Erkrankung hinzu. Am 22. Februar wurde das Kind Morgens um 9 Uhr von einem Schüttelfroste

befallen, das Gesicht war blass und die Hände fühlten sich kalt an, die Augen standen stier in ihren Höhlen, die Physiognomie hatte ein verwirrtes Aussehen. Bald nachher trat Fieberhitze ein, der Puls war beschleunigt, die Wangen rötheten sich, Schlummersucht trat ein, der Kopf fing an zu schwitzen. Der Schlaf war Nachts bald ruhig, bald unruhig, die Zunge rein, die Esslust gestört, der Stuhl regelmässig. Die Fieberanfälle kehrten alle Tage um 9 Uhr Morgens zurück, und charakterisirten sich jedes Mal durch Schüttelfrost, Hitze, Schweiss und Schlummersucht. Sie schwanden nach dem Gebrauche von 10 Gran Chininsulphat in getheilten Gaben. Das Kind war nun munterer, schlief ruhig, hatte eine regere Esslust und nahm zugleich wieder gern die Brust. Allein schon kaum drei Wochen nachher stellte sich ein Rückfall ein, gegen welchen nicht gleich anfangs ärztliche Hülfe nachgesucht wurde. Die Fieberanfälle erschienen jetzt um die Mittagszeit, bald etwas früher, bald etwas später, kamen aber täglich. Das Kind, jetzt über $2^1/_2$ Jahre alt, klagte über Frösteln, hatte anfangs ein blasses Gesicht und kalte Hände, bekam dann Hitze und geröthete Wangen und fing endlich an am Kopfe und im Gesichte zu schwitzen. Die Zunge war auf der Mitte und Wurzel weiss belegt, die Esslust wieder gestört, der Bauch weich, die Milz wenig aufgetrieben und beim Drucke das linke Hypochondrium nicht schmerzhaft, der Stuhl erfolgte bald täglich, bald einen Tag um den anderen. An dem Naseneingange erschien ein Bläschenausschlag, der in Krusten abtrocknete, und die ganze Körperoberfläche wurde mit einem papulösen Exantheme bedeckt. Nach Anwendung von 6 Gran Chininsulphat trat vollständige Genesung ein, die durch keinen ferneren Rückfall getrübt wurde.

Auch dieser Fall reiht sich der konvulsiven Form der Intermittens an. So heftige Schüttelfröste, wie sie bei diesem Kinde vorkamen, werden in einem so frühen Lebensalter nur selten angetroffen. Die Fieberanfälle endeten nicht mit einem allgemeinen Schweisse, sondern mit einer örtlichen Ausdünstung, wie dies auch bei anderen Kindern oft der Fall ist. Das Auftreten der Intermittens brachte den schon im Abnehmen

begriffenen Keuchhusten zwar nicht völlig zum Schweigen, bewirkte aber doch ein selteneres Erscheinen der Hustenanfälle.

Vierter Fall. — Johann H., ein 6jähriger kräftiger, gesunder Knabe, litt, wie seine Mutter und ihre Brüder, an Schwerhörigkeit. Er war etwa drei Monate vor dem Hülferufe 14 Tage mit Intermittens behaftet gewesen. Die Krankheit machte jeden Tag einen Fieberanfall, und verlor sich von selbst wieder. Seitdem fühlte er sich wieder wohl.

Am 25. Juli ging der Knabe Morgens froh und munter nach der Schule, klagte aber nach der Heimkehr über Halsbeschwerden und verzehrte die Mittagsmahlzeit nicht mit gewohnter Esslust. Auf Geheiss der Mutter besuchte er Nachmittags wieder die Schule. Der Lehrer bemerkte aber bald an ihm Unwohlsein und schickte ihn in Begleitung eines anderen Kindes wieder nach Hause. Der Knabe hatte einen schwankenden, holperigen Gang, sprach unterwegs irre, zählte fast fortwährend die Zahlen 1, 2, 3 u. s w. und wollte einen anderen Weg einschlagen. Zu Hause angekommen klagte er über Kopfschmerzen und sah verwirrt aus. Das Gesicht war anfangs blass, später lebhaft geröthet. In der nächsten Nacht hatte er grosse Hitze, delirirte, und liess den Urin unwillkürlich ausfliessen.

Am 26. Morgens war das Befinden etwas besser, er ass aber zu Mittag nur wenig. Die Mutter gab dem Knaben ein Stückchen Speck, den er früher gern genoss, er aber hielt es in der Hand und antwortete auf die Frage, warum er das Fleisch nicht esse, er habe es ja gegessen. Um 2 Uhr Nachmittags erhob sich wieder ein hitziges Fieber, ohne vorangegangenen Frost, welches bis 5 Uhr Abends dauerte und von Sinnesverwirrung und von tiefem Sopor, aus dem der Knabe beim Anrufen mit verstörtem Gesichte aufwachte, begleitet war. In der nächsten Nacht kehrten das hitzige Fieber und die Delirien zurück, ohne dass heftiger Durst eintrat. Es folgte eine gelinde Ausdünstung.

Am 27. In den Morgenstunden fühlte sich der Knabe wieder wohler. Um Mittag war die Temperatur der Haut gelinde erhöht, der Puls machte 130 Schläge in der Minute,

im Gesichte und am Kopfe keine Hitze. Der Knabe hatte volles Bewusstsein und klagte über Kopfschmerzen. Im Halse fehlte jede Störung, die Zunge war weiss belegt und trocken, die Esslust geschwunden, Stuhl erfolgt, der Bauch weich, die Perkussion ergab in der Milzgegend, die beim Drucke nicht schmerzte, einen matten Ton. Zeitweise trat ein feuchter Husten ein, unmittelbar vor seinem Eintreten hörte man ein feuchtes Rasselgeräusch in den grossen Bronchien, während in den Lungen keine Regelwidrigkeit aufzufinden war. Der Urin hatte ein trübes, matt-röthliches Aussehen und reagirte sauer.

Am 28. Um Mittag stellte sich wieder ein Fieberanfall und Sinnesverwirrung und soporöse Schlafsucht ein. Das hitzige Fieber dauerte bis um 3 Uhr Nachmittags und kehrte Abends um 8 Uhr wieder zurück. Die Eigenwärme war hoch gesteigert, das Gesicht lebhaft geröthet, der Durst aber gering. Der Knabe stöhnte und sprach irre. Die Nacht verlief unruhig.

Am 29. Der um Mittag wieder eintretende Fieberanfall ging bald vorüber und war nicht von Delirien begleitet. Bei meinem abermaligen Besuche Nachmittags um 2 Uhr war der Zustand also: Die Temperatur der Haut war fast normal, obschon der Puls noch frequent schlug, das Gesicht blass, volles Bewusstsein, keine Lichtscheu, weder Erweiterung, noch Verengerung der Pupillen. Der Knabe klagte nicht über Kopfschmerzen, wohl aber über Schwere im Kopfe, hustete zeitweise, ohne den losen Schleim auszuwerfen, bohrte bisweilen den Finger in die Nase, hielt die Rückenlage ein und konnte nicht mehr allein gehen.

Seitdem erschien kein Fieberanfall wieder, und schritt die Konvaleszenz bis zur vollständigen Genesung ungestört fort.

Aus allen Symptomen und aus dem ganzen Verlaufe der Krankheit erhellt, dass dieser Fall auf ein remittirendes Malariafieber zurückzuführen sei. Die Fieberanfälle erschienen täglich, liessen aber in den Morgenstunden nach und machten Remissionen, die an Intermissionen gränzten, während um Mittag oder etwas später die Exazerbationen eintraten. Die Fieberanfälle hatten das Eigenthümliche, dass sie, nachdem

sie in den Nachmittagsstunden einige Stunden angedauert hatten, an Heftigkeit wieder nachliessen, dagegen Abends sich wieder auf's Neue steigerten und in der Nacht ihren Höhepunkt erreichten. Auch wurden sie nicht durch Frost eingeleitet, waren nicht von starkem Durste begleitet, obschon die Temperatur der Haut sehr erhöht und der Puls frequent war, und hatten meist keinen allgemeinen Schweiss, sondern nur eine örtliche Ausdünstung zur Folge. Uebrigens braucht kaum bemerkt zu werden, dass das remittirende Malariafieber mit der Intermittens ein und dasselbe grundursächliche Wesen, wie ich dies anderswo nachgewiesen habe, anerkenne und ebenso durch Chinin geheilt werde. Sobald in vorstehendem Falle dieses Mittel in Anwendung kam, verloren die Fieberanfälle gleich an Heftigkeit, bis sie endlich völlig schwanden.

III. Hüftgelenkentzündung.

Ein 14jähriger gesunder Knabe fiel, als die Strassen Nachts spiegelglatt geworden, auf das linke Hüftgelenk, raffte sich aber wieder auf und setzte ungeachtet der heftigen Schmerzen seinen Weg nach der Seilerei, wo er das Rad drehte, fort. Erst fünf Tage später nahm er ärztliche Hülfe in Anspruch. Er klagte über sehr heftige Schmerzen in dem Hüftgelenke, die sich über die vordere Schenkelfläche und die Leistengegend, wo die Drüsen empfindlich angeschwollen, weiter ausbreiteten, und konnte nur unter grossen Beschwerden stehen und gehen. Der Gang war schwankend, der Oberkörper wurde nach links übergebeugt und der betreffende Fuss nachgeschleppt. Die Abduktion sowohl als die Adduktion des Fusses vermehrte die Schmerzen. Auch das Aufheben und das Bewegen nach vorn oder hinten steigerte die Empfindlichkeit und liess sich nur durch Unterstützung mit der Hand ausführen. Die Verschiebung des Beckens war nur scheinbar und wurde durch die übergebeugte Haltung des Oberkörpers bedingt, die horizontale Rückenlage ergab weder Verlängerung noch Verkürzung des linken Fusses. Die Schmerzen blieben in der Hüftgegend fixirt, waren bald gelinder, bald stärker, nahmen bald diese, bald jene Stelle ein und

strahlten nach vorn und hinten, nach oben und unten aus. Es wurde in der Hüftgegend weder eine auffällige Erhöhung der Temperatur, noch eine besondere Anschwellung, noch eine Blutunterlaufung wahrgenommen. Der Knabe hielt stets die Rückenlage ein und hatte den Fuss bald gerade ausgestreckt, bald halb, bald ganz im Knie gebogen, je nachdem die eine oder andere Stellung die Schmerzen mehr oder weniger erleichterte, klagte aber nicht über Schmerzen im Knie. Zu diesen örtlichen Zufällen gesellten sich im weiteren Verlaufe der Krankheit fieberhafte Gefässaufregung, gestörte Esslust, Durchfall, nächtliche Schweisse, unruhiger Schlaf oder Schlaflosigkeit, Verfall der Kräfte.

Da hier die Fraktur des Schenkelhalses sowohl als die Luxation des Oberschenkels, welche sich durch andere charakteristische Merkmale zu erkennen geben, ausgeschlossen war, so wurde ein Heilverfahren eingeschlagen, welches der traumatischen Hüftentzündung entsprach. Ausser der möglichst ruhigen Lage und Haltung des Beines und der Anwendung von Mitteln, die dem Allgemeinbefinden angemessen waren, kamen wiederholt örtliche Blutentziehungen bald durch Blutegel, bald durch Schröpfköpfe, Einreibungen von Merkurialsalbe mit Hyoscyamusöl, schmerzstillende Aufschläge in Anwendung. Allein die Schmerzen wurden wohl gelindert, kehrten aber immer auf's Neue wieder zurück. Alle Versuche, die Hüftentzündung zu zertheilen, blieben fruchtlos. Nach längerem Hin- und Herschwanken der örtlichen und allgemeinen Zufälle bildete sich endlich auf dem vorderen und oberen Theile des Oberschenkels eine entzündliche Anschwellung, welche grosse Schmerzen verursachte und erst langsam in Eiterung überging. Nach gemachter Inzision entleerte sich eine grosse Menge eines gutartigen Eiters. So lange die Schmerzen an der Stelle der Abszesshöhle, die schnell wieder heilte, wütheten, schwiegen sie in der Hüftgegend oder waren daselbst doch viel gelinder. Kurz, mit der Abszessbildung gestaltete sich Alles günstiger, und schickte sich die Konvaleszenz an. Der Knabe hatte noch längere Zeit eine Empfindlichkeit und Steifigkeit im Hüftgelenke und lernte erst mittelst zweier Krücken und später mit Hülfe eines Handstockes das Gehen wieder. Eine

Verkürzung des Beines ist nicht eingetreten, vielmehr erfolgte nach mehrmonatlicher Andauer der Krankheit eine ganz vollständige Genesung und eine völlige Wiederherstellung des Fusses.

II. Gelehrte Gesellschaften und Vereine.

Gesellschaft der Hospitalärzte in Paris.

(Schluss *).

16) Ueber die Lungenapoplexie der Neugeborenen und über das Sklerem.

Ueber diesen Gegenstand hält Hr. Hervieux einen Vortrag, welchen wir in unserem Journale (Journ. f. Kinderkrankh. Jan. – Juni 1864 S. 247) vollständig mitgetheilt haben. Indem wir uns darauf beziehen, haben wir nur noch folgende Bemerkungen hinzuzufügen. Hr. Guerard glaubt, wie der Autor, dass die künstliche Erwärmung des Kindes mittelst einer Wärmflasche oder eines Dampfbades nicht nur nutzlos ist, sondern auch noch die Gefahr der aktiven Kongestion steigern kann. Dagegen würde er lauwarme Bäder von langer Dauer, nämlich von der Dauer einer bis anderthalb Stunden, für vortheilhaft halten. In einem Falle, wo er diese Bäder selbst überwachen konnte, war der Erfolg sehr gut; in einem anderen Falle, wo er genöthigt war, nach zweistündiger Besorgung des Kindes dasselbe zu verlassen, und sich damit behelfen musste, für die weitere Besorgung Vorschriften zu hinterlassen, war der Erfolg ein nicht so guter. Eine gute Ernährung des Kindes, namentlich die Darreichung der Frauenbrust, sei allerdings von Wichtigkeit, aber damit das Kind saugen könne, müsse seine Athmung doch frei

---

*) S. Mai/Juni 1865 S. 448–464.

sein. Gewöhnlich aber ist ein solches Kind ausser Stande, zu saugen, und es bleibt dann doch nichts übrig, als ihm Nahrung mittelst des Löffels einzuflössen. Was die Erwärmung des Kindes durch die Mutter betrifft, so ist die Frage, ob sie ausreichend sei; denn, wenn auch die mütterliche Sorgfalt von grossem Werthe ist, so steht doch nicht immer die Wärme, die eine Mutter dem Kinde abgeben kann, in richtigem Verhältnisse, und es ist damit nicht, wie bei gewissen Thierweibchen, wo die Naturprozesse nicht so gestört werden, wie in unserem sozialen Leben. — Hr. Hervieux glaubt, dass die langdauernden lauwarmen Bäder nicht ohne Nutzen sind, aber sie wirken nur temporär; die Erwärmung, die erforderlich ist, muss gleichartig und dauernd sein. Darum muss man das an Kaltsein leidende Kind mit Watte umwickeln. Das Säugen steht jedoch an der Spitze der Mittel; ohne dasselbe würde alles Uebrige unnütz sein. Die Wärme der Säugenden, die Art Bebrütung, welche sie ausübt, obwohl freilich nicht so vollkommen, wie die Thiere es zu bewirken im Stande sind, ist doch von grossem Einflusse und die instinktive Bewegung, mit der der Säugling an die Brüste sich anschmiegt, weist auch darauf hin. — Hr. Guerard: dieses sei zugegeben, aber die künstliche Einwickelung genügt nicht; alle künstlichen Umhüllungen geben nicht Wärme, schützen höchstens gegen das Entweichen derselben; darum sind die Bäder zu empfehlen. — Hr. Behier hat mit Vortheil warme Weinbäder angewendet. — Hr. Hervieux hat reizende Bäder versucht, unter anderen auch senfhaltige. Was die Wichtigkeit der Umwickelung des an Algidität leidenden Kindes betrifft, so wolle er nur daran erinnern, dass eben darum, weil dadurch die Ableitung der Eigenwärme desselben möglichst verhindert wird, solche Umhüllung sehr nothwendig wird. Selbst im höchsten Grade des Kaltgewordenseins hat das neugeborene Kind immer noch eine Temperatur von 24 bis 25° C., gewöhnlich hat es 28 bis 30° C.; es ist also noch immer über der mittleren Wärme unseres Klima's, kann daher noch mehr sich abkühlen, was verhindert werden muss. — Hr. Guerard will kein so grosses Gewicht auf die Ernährung des an Algidität leidenden Kindes

gelegt wissen; er glaubt nicht, dass dadurch die Wärmeerzeugung desselben sehr vermehrt würde, denn erstlich nehmen Neugeborene in der ersten Zeit nach der Geburt überhaupt wenig Nahrung zu sich, und dann ist es ja nicht nährende Milch, sondern Kolostrum, welches die Natur für sie bestimmt hat, eine Flüssigkeit, die nicht nährt, sondern nur dazu dient, das Mekonium abzuführen; auch vermehre sich in der ersten Zeit nach der Geburt durch die Zufuhr von Nahrungsstoff nicht die Pulsfrequenz. — Hr. Behier kann das nicht zugeben. Neugeborene müssen oft den ihnen zugemessenen Nahrungsstoff erhalten, sonst sinken sie schnell zusammen, bekommen eine fahle Farbe, werden schlafsüchtig und Zirkulation und Wärmeentwickelung nimmt in Folge mangelhafter Ernährung schnell ab. — Hr. Roger: Durch genau angestellte Untersuchungen hat er festgestellt, dass von dem Augenblicke an, wo das neugeborene Kind saugt, es von Stunde zu Stunde an Körpergewicht und an Kräftigung der Zirkulation zunimmt, natürlich wenn es nicht anderweitig krank ist; in 14 Tagen hat ein solches Kind an 500 bis 600 Grammen zugenommen.

17) Syphilis infantilis.

An einem an Syphilis leidenden Kinde, welches Hr. Roger vorstellt, sieht man zwei nussgrosse Erhebungen in der Gegend der Stirnhöcker. Einige Tage vorher hat sich die eine dieser Erhebungen erweicht, während die andere sich verkleinerte, neben der aber zwei andere sich bildeten. Das Kind, ein Mädchen, hatte übrigens Ausfluss aus der Vulva und Schleimknoten, welche durch lokale Mittel geheilt wurden, nämlich durch Aufstreuen von Kalomel und Zucker. Die Geschwülste auf der Stirne sind schmerzhaft bei der Berührung und bei Nacht mehr als bei Tage. Man bemerkt auch Exostosen an der rechten Tibia und auf dem unteren Theile des Humerus; eine Art Roseola zeigt sich um den After herum. Das Kind nimmt seit zehn Tagen Jodkalium in der Dosis zu 50—75 Centigr. Die Mutter leugnete Anfangs, je syphilitisch gewesen zu sein, allein an ihr selbst bemerkte

man einen sehr verdächtigen schuppigen Ausschlag zwischen den Kopfhaaren und in der Nackengegend. Die syphilitische Natur des Leidens bei Kind und Mutter wurde von Keinem bezweifelt und später gestand auch die Frau, dass sie durch Küssen ihrem Kinde einen Schanker an der Lippe beigebracht habe, womit bei diesem die Syphilis auch wirklich begann. Das Gemisch von sekundären und tertiären Erscheinungen in diesem Falle ist höchst auffallend und Ricord war der Meinung, dass die Schleimtuberkeln oder Schleimplaquen sich durch das letztere Geständniss der Mutter wohl erklären lassen, aber die Exostosen könnten nur einer angeerbten mit auf die Welt gebrachten Diathese zugeschrieben werden. — Hillaret hält die Ansichten von Ricord für viel zu dogmatisch; er habe jetzt einen Mann zu behandeln, welcher an syphilitischen Knochenübeln leidet und doch dabei mit Schleimpusteln besetzt ist. — Hr. Fournier erklärt, dass Ricord allerdings eine Scheidung mache zwischen sekundären und tertiären Formen, aber er gibt auch zu, dass manchmal diese Formen galoppirend eintreten, d. h. dass die tertiären Zufälle sich einstellen, wenn noch sekundäre vorhanden sind; dieses komme besonders bei Kindern vor. Der eben von Roger mitgetheilte Fall hat noch ein besonderes Interesse, insoferne bei Kindern syphilitische Knochenleiden sehr selten sind.

18) Einige Beiträge zur Semiotik des kindlichen Alters.

Aus der Abhandlung von H. Roger über diesen Gegenstand entnimmt Hr. Bergeron folgende Notizen:

1) Die ödematöse Anschwellung der Nase mit bleicher Farbe ihrer Haut ist ein Zeichen der Nasaldiphtheritis.

2) Das Oedem der Halsgegend, welches von Blache als Symptom einer starken diphtheritischen Angina angesehen worden ist, ist ein übles prognostisches Zeichen; es nimmt gewöhnlich die ganze Gegend ein, ganz abgesehen von der Schwellung der Submaxillardrüsen. —

3) Ein sonderbares Ansehen der Zunge, welches man

ziemlich oft bei Kindern findet und wo die Zunge ein fast landkartenartiges Bild darbietet, hat seinen Grund darin, dass sie stellenweise von ihrem Epithelium entblösst ist und scheinbar Höhen und Tiefen darbietet, oder auch in fast gänzlichem Fehlen des Epitheliums, so dass nur hier und da etwas davon inselförmig zurückgeblieben ist. Diese landkartenartige Beschaffenheit der Zunge zeigt sich unter zwei entgegengesetzten Umständen, nämlich bei ganz gesunden Kindern und bei den von verschiedenen Krankheiten heimgesuchten. Ursache und semiotischer Werth dieser Beschaffenheit der Zunge ist noch nicht festgestellt.

4) Der eigenthümliche Husten der Kinder, welche an diphtherischer Paralyse leiden, hat einen solchen Charakter, dass er sich von jedem anderen Husten unterscheidet. Es ist gewissermassen ein unvollständiges, nicht recht herausgekommenes, mit leisem Pfeifen, Näseln und Rasseln verbundenes Geräusch, welches offenbar noch auf einen Rest von Laryngitis hinweist und wogegen Brechmittel weniger nützen als Tonica und Excitantia.

5) Es ist möglich, an dem Fehlen der Vibrationen des Thorax die vorhandene Pleuritis zu erkennen, und es wird dieses Fehlen besonders ersichtlich, wenn das Kind schreit.

6) Ein reines nervöses Asthma ist nach Roger bei kleinen Kindern nicht anzunehmen; Hr. Bergeron hat aber vier Fälle aufgezeichnet, in denen Heilung bewirkt worden und wo Tuberkulose, Anschwellung der Bronchialdrüsen, oder irgend eine andere organische Veränderung nicht angenommen werden konnte; es konnte in diesen Fällen allenfalls erbliche Anlage geltend gemacht werden. Schwefelpräparate, Stramonium und gewisse Bäder bewirkten Besserung.

III. *Bibliographie.*

Der Hirnnervenschlag (Apoplexia nervosa). Von der k. medizinisch-chirurgischen Akademie in Barcelona gekrönte Preisschrift, verfasst von Dr. Joh. Bapt. Ullersberger, vormals herz. leuchtenbergischem Leibarzt, Mitglied u. s. w., Neuwied und Leipzig 1864. 8. 81 Seiten.

Gibt es eine nervöse Apoplexie? Oder mit anderen Worten: gibt es einen Nervenschlag, eine plötzlich eintretende Lähmung des Gehirnes ohne alle materielle Veränderung desselben? Der Verfasser bejaht diese Frage mit aller Entschiedenheit. Wir, unsererseits, würden die Frage auch bejahen, wenn sie lautete, ob es eine plötzlich eintretende Gehirnlähmung gebe, wo wir nach dem Tode mit unseren Hilfsmitteln, nämlich mit dem Messer, mit dem Vergrösserungsglase und mit unseren chemischen Reagentien nichts Abnormes, was diese Lähmung erklären könnte, zu entdecken vermögen. Denn, dass dergleichen Fälle vorgekommen sind und noch vorkommen, ist keinem Zweifel unterworfen, aber wer kann behaupten, dass es einer späteren Zeit nicht gelingen werde, die Störungen zu erkennen, die die Nervensubstanz erlitten hat? Die gegenseitige Bedingung von Kraft und Materie, die doch nur zwei menschliche Auffassungen (in Zeit und in Raum) eines und desselben Seins sind, die Abhängigkeit jeder Lebensäusserung von dem materiellen Substrate und seinen chemischen Wechselwirkungen sind ja längst schon Gegenstand der Untersuchung und des Nachdenkens und werden es lange noch bleiben. Die Ueberzeugung, dass die Nerventhätigkeit, ihre abnorme Steigerung, wie ihre abnorme Verminderung oder gänzliche Vernichtung abhängig ist vom Stoffwechsel, geht ja immer tiefer. Wo sind sie geblieben — die reinen Krämpfe, die reinen Paralysen, die reinen oder sogenannten nervösen Schmerzen,

die reinen Asthmata u. s. w., von denen die älteren Nosologieen und Therapieen noch wimmelten? Sie sind von der exakten Forschung immer mehr verschwunden und nur wenig ist noch von ihnen übrig und das Wenige wird sich wissenschaftlich auch bald nicht mehr halten können. Zu diesem Wenigen gehört noch: die nervöse Apoplexie, der Nervenschlag. Welche Definition gibt der Verfasser? „die nervöse Apoplexie ist eine Aufhebung, eine Vernichtung der Sensibilität und Motilität aus neurophysischen Ursachen." — Diese Definition lehrt nichts; sie zeugt nur von unserem Mangel an Wissen. Was sind „neuro-physische Ursachen"? Der Verfasser gibt keine Erklärung, sondern sagt nur von ihnen: „diese neuro-physischen Ursachen wirken von organischer Seite her durch die Nervenröhrchen und ihren neuroelektrischen Inhalt auf die Vollstrecker der Funktionen der Sensibilität und Motilität." Gewonnen ist nichts durch diese Erklärung, aber wir kommen uns näher, wenn der Verfasser gleich darauf ehrlich eingesteht: „dabei dürfen wir uns nicht verhehlen, dass noch eine Lücke auszufüllen übrig ist zwischen dem Neurodynamismus und seinem intimen Verkehre mit dem Organe, dessen Ursprung die nervöse Apoplexie ist" (soll wohl heissen: in welchem der Ursprung der nervösen Apoplexie ist). — Ja, auf diese Lücke kommt Alles an; diese Lücke ist die Hauptsache, und so lange sie für unsere Wissenschaft nicht ausgefüllt ist, definiren wir die nervöse Apoplexie als eine plötzlich eingetretene Gehirnlähmung, über deren eigentlichen Grund wir noch völlig unwissend sind. Damit haben wir unsere Ignoranz offenherzig eingestanden. Innerhalb dieser unserer Ignoranz ist die kleine Schrift ganz gut zusammengestellt: Nosogenie, Semiotik, Krankheitssymptome, Leichenbefund (der Verf. nennt ihn „Symptome nach dem Tode"), Aetiologie, Eintheilung (der Verfasser nimmt an: 1) eine legitime, idiopathische, genuine und zwar a) eine exquisita und b) eine periodica oder subintrans; 2) eine künstliche und zwar a) eine chloroformica und b) eine venenata oder narcotica; 3) eine konsekutive und zwar

a) eine chronica, etweder metallica oder paludica oder uraemica und b) eine organica — ex atrophia cerebri; endlich 4) eine symptomatica und zwar a) eine puerperalis und b) eine simulata; Diagnose, Ausgänge, Prognose und Behandlung. Styl sowohl als Klarheit und Kürze der Auffassung lassen noch Manches zu wünschen übrig; indessen glauben wir doch das Schriftchen empfehlen zu können.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bdn. — Gute Originalaufsätze üb. Kinderkrankheiten werden erbeten und nach Erscheinen jeden Heftes gut honorirt.

JOURNAL

FÜR

KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandl., Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journales beliebe man derselben oder den Verlegern einzusenden.

[BAND XLV.] ERLANGEN, SEPT. u. OKT. 1865. [HEFT 9 u. 10.]

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Ueber die Behandlung der Karies im Tarsus und Metatarsus durch Ausschneidung einzelner Knochen.

Karies und Nekrose kommt, wie wohl bekannt, im Kindesalter sehr oft vor; Skrophulosis liegt diesen Knochenleiden bisweilen zu Grunde, wogegen Syphilis wohl höchst selten in dieser Lebensperiode bis zur Knochenaffektion gelangt. Jedenfalls wissen wir von der angeerbten Syphilis kein Beispiel, dass sie diese tertiäre Form gezeigt hätte, wobei aller, dings bemerkt werden muss, dass bei der allmähligen Verwischung des spezifischen Charakters der Syphilis, namentlich durch den Uebergang von einer Generation auf die andere, die Grenze zwischen ihr und der Skrophulosis schwer zu ziehen ist. Bei Karies im Tarsus und Metatarsus ist jedenfalls an die erstere Krankheit weniger zu denken, als an die letztere (Skrophulose), aber sehr oft ist auch von gar keiner besonderen Diathese eine Spur aufzufinden. Hr. Holmes, erster Wundarzt am Kinderhospitale in London, bemerkt (*The Lancet* 21. Jan. 1865) ganz richtig, dass es hierbei nur darauf ankomme, in jedem gegebenen Falle zu ermitteln, ob diese Knochenaffektion für sich allein dastehe, oder ob sie nur die Aeusserung einer skrophulösen Kachexie sei. Diese Unterscheidung ist offenbar von grosser Wichtigkeit. „Wir sind," sagt er, „gar zu geneigt, alle vorkommende Karies bei Kindern ohne Weiteres für skrophulös zu erklären und uns dadurch zu ganz unpassenden Verfahrungsweisen verleiten zu

lassen. Ich glaube im Gegentheile, dass in vielen solchen Fällen gar kein weiteres Symptom von Skrophulosis oder Tuberkulosis jemals vorhanden gewesen, und dass die Entfernung des erkrankten Theiles ganz allein genügt, das Kind zu vollständiger Gesundheit zurückzuführen. Richtig ist es, dass sehr oft solche Entfernung des kranken Theiles nicht nothwendig wird und dass spontane Heilung eintritt, wenn das Glied lange Zeit in vollständigster Ruhe gehalten wird. Von diesen leichteren Fällen will ich jedoch hier nicht sprechen, sondern von denen, wo einer oder mehrere Knochen des Tarsus oder Metatarsus ganz oder grösstentheils kariös geworden sind und wo das ruhige Verhalten des Gliedes allein oder diese Ruhe mit theilweiser Entfernung des Kariösen zur vollständigen Heilung nicht ausgereicht hat. Ich wiederhole, dass in einer grossen Zahl von Fällen der Art aller Grund vorhanden ist, die Krankheit als eine rein lokale anzusehen, und dass die gänzliche Entfernung des erkrankten Knochens dem blossen Abschaben oder Abmeisseln der erkrankten Portion bei weitem vorzuziehen ist."

„Zuvörderst ist zu bemerken, dass in Bezug auf die eigentliche Natur der Krankheit, sei sie konstitutionell oder lokal, die Eltern oder Verwandten des Kindes das Leiden desselben ganz von selbst irgend einem der kleinen Unfälle beizumessen pflegen, denen die kleinen Kinder, namentlich die der ärmeren Klassen, so sehr ausgesetzt sind. Der Konnex zwischen der angegebenen Ursache und Wirkung ist in vielen Fällen allerdings nur ein eingebildeter und die Angaben sind der Berücksichtigung nicht werth, aber in vielen anderen Fällen zeigt eine genaue Untersuchung jedoch die volle Richtigkeit derselben. Wo die Eltern und Verwandten des Kindes sorgsame und verständige Leute sind, werden wir oft im Stande sein, von der vollständigen Gesundheit desselben und der normalen Beschaffenheit des Gliedes vor Eintritt des Unfalles, dem die Krankheit beigemessen wird, uns zu überzeugen. Der klare Beweis für die rein lokale Begrenzung des Uebels liegt darin, dass wir erfahren, das Kind sei vor dem Unfalle vollkommen gesund gewesen und habe das Glied ganz gut brauchen können, und dass die vorhandene An-

schwellung des Knochens, mit Schmerz und Unruhe begleitet, allmählig eingetreten sei und zuletzt zu Abszessen geführt habe, während das Allgemeinbefinden immer gut geblieben war und nur durch die fortwährenden Schmerzen und die Bettlägerigkeit benachtheiligt wurde. Wird in einem Falle dieser Art die Operation gemacht und es erfolgt der Tod, so finden wir gewöhnlich bei der Untersuchung keine skrophulösen Ablagerungen in irgend einem anderen Theile des Körpers. Endigt der Fall aber glücklich, so ist das Kind auch zu vollkommener Gesundheit gebracht. Die grosse Schwäche, in die es durch die lange Dauer des lokalen Leidens versetzt worden, verliert sich, die Kräfte kommen wieder und es zeigt sich weder Phthisis, noch irgend wo anders Tuberkel- oder Skrophelablagerung. Meine eigene Erfahrung führt mich zu dem Schlusse, dass solche Kinder zwar nicht selten nach ihrer Heilung von einer akuten Krankheit dahingerafft worden sind, dass sie aber sehr selten wegen Skropheln behandellt zu werden brauchten. Wenn dem so ist, so hat die Annahme der rein lokalen Natur des Leidens viel mehr für sich als die seines konstitutionellen Ursprunges. Das Gefühl der wiederkehrenden Gesundheit und Kraft treibt das Kind, baldmöglichst an den Spielen der übrigen Kinder, von denen es so lange zurückbleiben musste, theilzunehmen; dabei setzt es sich, weil es noch zu schwächlich ist, leicht den Folgen der Uebermüdung und Ueberhitzung aus und es erliegt sogar bisweilen diesen Folgen, aber eigentliche skrophulöse Uebel zeigen sich bei ihm, wie bereits gesagt, äusserst selten, und es würde dieses nicht erklärlich sein, wenn die Annahme richtig wäre, dass das Knochenleiden im Fusse nur eine konstitutionelle Erscheinung gewesen war. Lange Bettlägerigkeit, langwährende Eiterung, grosse operative Eingriffe und Blutverlust sind wahrlich nicht geeignet, die skrophulöse Diathese zu tilgen oder zu vermindern, so dass, wenn das Knochenleiden, wovon wir hier sprechen, wirklich von dieser Diathese abhinge, die Wiederkehr irgend welcher skrophulöser Uebel nach stattgehabter Operation ganz gewöhnlich wäre; das ist aber, wie wohl bekannt, durchaus nicht der Fall. Tuberkelablagerung ist allerdings sehr oft mit den gewöhnlich als

skrophulös bezeichneten Gelenkleiden zugleich vorhanden, dieses indess würde höchstens beweisen, dass skrophulöse Kinder solchen schleichenden Entzündungen unterworfen, aber keinesweges, dass diese Entzündungen durch Skrophulosis herbeigeführt sind. Ja wir können einen Schritt weiter gehen und behaupten, dass die Tuberkelablagerungen in den Eingeweiden eher die Wirkung als die Ursache des Gelenkleidens sind und dieses wird desto mehr der Fall sein, je bedeutender und wichtiger das Gelenkleiden und die daraus entspringenden Symptome akuter und angreifender sind. Langdauernde oder ausgedehnte Eiterung, andauernde Schmerzen und tiefe konstitutionelle Störung, womit das Hüftgelenkleiden oft begleitet ist, sind der Grund, dass oft Hektik den Ausgang dieser Krankheit bildet, und müssen diese Umstände gerade, meiner Ansicht nach, dazu treiben, mittelst einer Operation den Kranken von der Ursache dieser Erschöpfung, nämlich von dem Hüftgelenkleiden, möglichst bald zu befreien. Ich habe mich darüber schon anderweitig ausgesprochen (s. dieses Journal Januar-Febr. 1865, S. 1) und bemerke nur noch, dass bei Kniegelenkleiden in der Kindheit in der Regel die Konstitution weit weniger ergriffen wird, indem sich selten eine erschöpfende Eiterung einstellt, und noch weniger ist dieses der Fall bei Affektionen des Schultergelenkes. Jedoch darf nicht vergessen werden, dass Mangel an Bewegung an sich selbst schon ein sehr nachtheiliges Moment für ein im Wachsthume befindliches Kind ist, und dieser Grund allein ist schon wichtig genug, um die Abkürzung dieses Verhältnisses durch eine Operation, welche weder Verstümmelung noch Vernichtung der Funktion erstrebt, zu rechtfertigen."

„Sollte man diese Bemerkungen für überzeugend genug halten, so würde ich bitten, in Erwägung zu ziehen, ob sie mit der gewöhnlichen chirurgischen Praxis bei Karies der Fussknochen übereinstimmen. Man nennt diese Karies, wie schon erwähnt, namentlich wenn sie die Kindheit trifft, skrophulös, und lässt sich dadurch von einem ernsten lokalen Eingriffe abhalten, während sie doch in der grösseren Mehrheit der Fälle lediglich die Folge einer Verletzung ist, die das Kind bei Anstrengungen irgend einer Art erlitten hat.

Ob gleich im Anfange mehrere aneinanderstossende Knochen in Tarsus dabei affizirt werden oder nur ein einziger, ist zweifelhaft; ich glaube, dass meistens das Letztere der Fall ist und dass erst später ein angrenzender Knochen in die Erkrankung mit hineingezogen wird. Ich glaube auch gar nicht, dass die Krankheit an einer Gelenkfläche des Knochens beginnt, sondern in der Substanz desselben. Wird der erkrankte Knochen nicht entfernt, so geht natürlich der Bänderapparat in den Krankheitsprozess mit ein und es bildet sich ein wirkliches Gelenkleiden. In Fällen der Art ist das ganze Fussgelenk ein Krankheitsheerd geworden und es musste zuletzt eine Amputation des Fusses vorgenommen werden. Wird dagegen der erkrankte Knochen ganz und gar entfernt, so dass nur vollständig gesunde Texturen zurückbleiben, so wird die Krankheit gewöhnlich rasch zur Heilung geführt, indem die tiefe Wunde, die durch die Operation entstanden ist, sich ausfüllt. Existirt ein Sequester, so muss er natürlich entfernt werden, und finden sich die anstossenden Knochen an der Oberfläche schon etwas erweicht, so müssen sie abgeschabt werden. Ganz ebenso kann man mit diesem Abschaben oder Abmeisseln der kranken Portion des Knochens sich begnügen, wenn sie beschränkt ist und keine grosse Tiefe besitzt. Wenigstens kann man den Versuch damit machen, obwohl es meistens nicht genügt und man zuletzt immer noch den ganzen Knochen wegnehmen muss. Bei ganz oberflächlicher Karies hat sich im Kinderhospitale das Aufsetzen des Glüheisens erfolgreich erwiesen. Worauf ich aber hier ganz besonders aufmerksam machen will, das ist der grosse Vortheil, welchen man in den Fällen, in denen die Karies eines Tarsal- oder Metatarsalknochens oder auch mehrerer deutlich geworden ist, durch Entfernung des ganzen Knochens erlangt. In meinem Aufsatze über Ausschneidung des Hüftgelenkes habe ich, als auf eines der grossen Hindernisse des Gelingens dieser Operation, auf die Ungewissheit hingewiesen, die Ausdehnung der Karies im Voraus bestimmen zu können, namentlich auf den vor der Operation festzustellenden Zustand der Pfanne, die bisweilen wider Erwarten in bedeutendem Grade desorganisirt gefunden wird. Etwas Aehnliches finden wir

bei der Karies in den Fussknochen; wir können, wenn die Karies konstatirt ist, auch nicht immer im Voraus feststellen, in wie weit die Karies auf einen benachbarten Knochen sich ausgedehnt hat. Bei der Karies des Hüftgelenkes bleibt uns eben nichts übrig, als, nach Entfernung des Kopfes des Femur, am Becken den Meissel oder den Schaber zu gebrauchen; bei Karies im Tarsus dagegen können wir ohne vieles Bedenken den kariösen Knochen und, wenn es sein muss, auch den benachbarten, gänzlich entfernen. Ja, wenn von dem Knochen des Tarsus so viel weggenommen werden muss, dass nur die weichen Theile und die gesunden Gelenkflächen der angrenzenden Knochen zurückbleiben, so geschieht doch fast immer Heilung, wie ich mich überzeugt habe, und ich kann deshalb nicht anstehen, bei Karies im Tarsus die entschiedene Entfernung des kariösen Knochens dringend zu empfehlen."

„Einige glauben, dass die Blosslegung knorpeliger Gelenkenden in der Wunde diese gefährlich machen könne. Man hat diese Ansicht fälschlich aus dem entnommen, was bei Wunden des Kniegelenkes beobachtet ist, und eine gefährliche Entzündung der Gelenkknorpel gefürchtet. Die so häufige Erfahrung, die man bei Exartikulationen doch vom Gegentheile erlangt hat, hätte diese Befürchtung schon zurückweisen sollen, und in der That heilt eine Wunde, in der sich entblösste Gelenkflächen befinden, gerade so gut wie jede andere. So habe ich in einem Falle nach Ausschneidung des Astragalus und des kahnförmigen Beines in der Wunde die Knorpelfläche des unteren Endes der Tibia und Fibula oben, und die Knorpelflächen des Os calcis unten, und endlich die der drei keilförmigen Knochen zurückgelassen, aber die Entzündung, die darauf in der Wunde eintrat, war nicht stärker und nicht übler, als in jeder anderen Operationswunde, und ging langsam und ruhig zur Heilung. In einem anderen Falle hatte ich Gelegenheit, nach einer Exartikulation des Kniegelenkes bei einem etwa 3 Jahre alten Knaben, den Stumpf genau zu untersuchen; das Kind war 40 Tage nach der Operation an einer allgemeinen Krankheit gestorben, aber der Stumpf war schon vorher, und zwar am 17. Tage nach der Operation,

geheilt. Die Entzündung war nicht lebhaft gewesen, die Kniescheibe fand sich sehr beweglich am Stumpfe und es zeigte sich durchaus gar keine Desorganisation in den Gelenkknorpeln. Obwohl nun die Fälle, auf die man sich beziehen kann, noch zu gering an Zahl sind, um darauf eine feste Meinung zu begründen, so kann doch als höchst wahrscheinlich angenommen werden, dass eine Wunde, in welcher solche knochige Texturen blossgelegt sind, eben so gut zur Heilung gebracht werden kann wie jede andere gute Wunde und weniger Anlass zur Pyämie gibt als eine solche, wo auf einer grossen Strecke eines Knochens nur die oberste Schicht abgemeisselt oder abgeschabt ist und ihre cancellöse Fläche freiliegt."

„Was nun die Entfernung der Tarsalknochen betrifft, so haben sich folgende Einwürfe dagegen erhoben: 1) Die Ausrottung eines oder gar zweier Tarsalknochen setzt einen sehr tiefen operativen Eingriff und bedingt eine langsamere Wiederherstellung als das blosse Abmeisseln oder Abschaben der kranken Theile des Knochens. 2) Die Operation ist auch an und für sich sehr schwierig, und ohne Verletzung wichtiger Gefässe, Nerven und Sehnen kaum ausführbar. — 3) Die Operation lässt den Fuss in einem weniger brauchbaren Zustande zurück, als ein Stumpf nach der Amputation im Knöchelgelenke sein würde. 4) Dieselben Ergebnisse können durch blosse Resektion unterhalb des Periostes, d. h. durch Abschaben oder Abmeisseln, erreicht werden."

„Diese Einwürfe wollen wir einzeln durchnehmen. Der erste ist nicht ohne Grund, denn es kann nicht geleugnet werden, dass die gänzliche Ausrottung auch nur eines Tarsalknochens und besonders, wie es auch wirklich meistens vorkommt, des Os calcis (Fersenbeines) oder Astragalus (Sprungbeines) eine sehr tiefe Wunde veranlasst und ausgedehnte Schnitte bedingt, wogegen das Abmeisseln oder Abschaben der kariösen Theile des Knochens, mit Zurücklassung seiner gesunden, von einer verhältnissmässig kleinen Wunde aus bewirkt werden kann. Darauf ist zu erwidern, dass, da dieses letztere Verfahren sich als nutzlos erweist, die blosse Einfachheit der Verwundung kein Grund sein kann, ihr den

Vorzug zu geben. Ferner kann man auch zugestehen, dass die Ausrottung des ganzen Knochens eine langsame Genesung nach sich zieht; in der Regel kann nicht vor einem Vierteljahre der Fuss auf den Boden gesetzt werden, selbst wenn Alles gut geht, aber es geht dieser Heilungsprozess ruhig vor sich und wird nicht durch allgemeine Störungen gehindert. In der letzten Zeit braucht das Kind nicht einmal mehr im Bette gehalten zu werden und es kann ihm sogar gestattet werden, mit einem passenden Fussgestelle umherzugehen. Der Unterschied zwischen der Operation der Ausrottung und der blossen Abmeisselung der erkrankten Portion beschränkt sich hier höchstens auf wenige Wochen und dieser Unterschied kann nicht in Betracht kommen, wenn es wahr ist, dass bei der Abmeisselung oder Abschabung aller Mühe ungeachtet kranke Stellen zurückbleiben können, welche Fistelgänge bilden und die Eiterung unterhalten, oder, wenn das Kind schon geheilt erscheint und als solches einige Zeit umhergelaufen ist, zu neuen Ausbrüchen führen, so dass am Ende doch nichts übrig bleibt, als den ganzen Knochen zu exstirpiren. Diese Ausrottung hat dann, weil das Kind nun schon erschöpft ist, viel mehr Bedenken als früher. Jedenfalls gibt die Ausrottung eine viel bessere Narbe, wenigstens eine viel dauerndere als die partielle Abtragung der kranken Portion."

„Der zweite Einwurf, betreffend die Schwierigkeit der Operation selbst und die Wichtigkeit der Theile, in welche dabei eingegriffen werden muss, hat viel Wahres. Es ist wahr, dass, um einen der grösseren Knochen des Tarsus ganz fortzunehmen, grosse Fleischlappen gebildet werden müssen und in gewissem Betrachte eine wirklich furchtbare Verwundung nöthig wird, aber bei Kindern stellt sich dieses doch etwas besser als bei Erwachsenen; die Operation dauert hier nicht so lange und ist auch weniger blutig. Ich habe die Ueberzeugung gewonnen, dass, wie sich auch aus den später mitzutheilenden Fällen ergeben wird, die Zeit, in welcher das Kind der Ausrottung des Os calcis oder Astragalus unter Chloroformwirkung gehalten wurde, nicht mehr als 15 Minuten betrug und bei vielen ist auch nicht eine einzige Arterie verletzt worden, oder wenigstens wurde keine Unterbindung

nöthig. Die Theile, welche bei der Ausrottung des Os calcis interessirt sind, lassen sich nach dem Verfahren von Guthrie und Hancock, wonach aussen an der Ferse ein Lappen gebildet wird, wie bei Syme's Amputation, leicht erkennen. Es müssen durchschnitten werden: die hinteren Tibialgefässe und Nerven und alle Sehnen, welche in die Fusssohle gehen, und ein sehr bedeutender Kraftverlust und auch wohl ein ziemlicher Eintrag in die Ernährung muss die Folge sein. Indessen lässt sich nach dem neueren Verfahren auch der Schnitt so führen, dass nur wenige Theile verletzt werden, und in den drei später angegebenen Fällen, wo allerdings nicht der Astragalus, sondern das Os calcis entfernt worden, wurde kein beträchtliches Gefäss und kein Nerv von Bedeutung verletzt; die hintere Tibialarterie konnte ganz bequem geschont werden und es wurde, wie gesagt, nicht einmal nothwendig, eine Ligatur anzulegen. Mit Ausnahme der Achillessehne wurde weiter keine Sehne durchschnitten als die der MM. peronei und selbst diese könnte noch geschont werden. Die Operation ist im Ganzen überaus einfach, selbst wenn die Gelenke vom Astragalus mit Os calcis unversehrt sind, und sie wird noch viel leichter, wenn diese Gelenke durch die Krankheit schon einigermassen gelöst sind. Es bleibt aber, wie ganz richtig bemerkt wird, ein tiefes Loch oder Behältniss zurück, in welchem sich nach der Operation Eiter ansammeln und zu weiteren Einschnitten nöthigen kann. Möglicherweise kann das Einlegen einer Abzugsröhre (drainage-tube) in diese Höhlung zur Zeit der Operation sehr vielen Nutzen haben; ich habe manches Gute von solcher Abzugsröhre bei der Nachbehandlung gesehen."

„Die Operation behufs Entfernung des erkrankten Astragalus ist schwieriger, als die zur Entfernung des Os calcis und erfordert einen Schnitt quer über den Rücken des Fusses, wobei die vorderen Tibialgefässe und Nerven natürlich vom Messer getroffen werden müssen; ausserdem werden hierbei noch alle Strecksehnen durchschnitten. Ich habe diese Operation nur einmal gemacht (und ich muss gestehen, dass in diesem einen Falle ihre Nothwendigkeit noch zweifelhaft war); obwohl hier die Verdickung über den Knochen sehr

gross war, so wurde es mir doch möglich, wenigstens eine von den Sehnen zu schonen, nämlich die des dritten M. peroneus, und es blieb, nachdem das Kind genesen war, dem Kinde noch wirklich etwas Kraft übrig, den Fuss zu bewegen. Es bleibt bei dieser Operation ebenfalls eine sehr grosse Kluft auszufüllen übrig und es wird dadurch eine lange Nachbehandlung bedingt, aber die Erfahrung lehrt aus zahlreichen Fällen, in denen der Astragalus verschoben gewesen und dann entfernt worden ist, dass nach der Genesung noch ein ziemlich brauchbarer Fuss erlangt wird. Es war gerade ein Fall dieser Art, der mir den Muth machte, den ganzen Astragalus, der aus der Lage gedrängt worden war und nicht zurückgebracht werden konnte, zu entfernen. Ich fand es nicht sehr schwierig, durch einen krummen Schnitt, der fast von einem Malleolus zum anderen über den Rücken des Fusses und zwar so weit nach vorne bis zum Skaphoidknochen gehend geführt wurde, die Operation zu vollenden. Die Hauptvorsicht bei dieser Operation besteht darin, dass man dafür zu sorgen hat, alle Ligamente, welche den Knochen festhalten, zu durchschneiden und ihn erst nach vorne und nach den Seiten hin und auch nach unten frei zu machen, bevor man an seine hintere Fläche geht, wo die Furche für die Sehne des M. flexor longus pollicis sich befindet, an welcher die hinteren Tibialgefässe und der gleichnamige Nerv liegt. Ich hatte bei dieser Operation nur nöthig, die vordere Tibialarterie zu unterbinden. Von allen anderen Tarsalknochen bietet keiner grosse Schwierigkeiten dar, wenn es sich um seine Entfernung handelt, vielleicht noch mit Ausnahme des mittleren oder äusseren Os cuneiforme, aber ich glaube nicht, dass die Ausrottung dieser Knochen jemals erforderlich wird, denn sie sitzen in der Mitte des Tarsus, sind dadurch gegen Verletzung sehr geschützt und leiden vielleicht nur bei Affektionen von Nebenknochen."

„Der dritte Einwand gegen die Operation, der darin besteht, dass nach derselben ein weniger nützliches Glied zurückbleibt, als nach der Amputation im Knöchelgelenke, ist durchaus nicht wahr; vielmehr kann ich mit Bestimmtheit behaupten, dass nach glücklicher Ausrottung des Os calcis

oder des Astragalus oder gar eines der kleineren Knochen des Tarsus ein Fuss zurückbleibt, der dem Stumpfe nach der Amputation im Knöchelgelenke bedeutend vorzuziehen ist. In vielen Fällen ist dieser Fuss selbst in der Form nicht viel von einem gesunden Fusse unterschieden. In mehreren Fällen, wo das Os calcis ausgeschnitten worden war, bemerkte man nur eine geringe etwa $^1/_2$ Zoll betragende Erhebung der Ferse und ein damit verbundenes geringes Hinken, welches durch einen etwas erhöhten Stiefelabsatz vollkommen ausgeglichen wird. Die Entfernung des Astragalus kann etwas mehr Bedenken erregen, aber auch hier ist der zurückbleibende Fuss noch sehr brauchbar."

„Noch ein anderer sehr wichtiger Umstand, auf den man zu wenig Gewicht gelegt hat, kommt hier in Betracht, der Umstand nämlich, dass, nach der hier besprochenen Operation, kein Stelzfuss, kein künstlicher Apparat erforderlich wird. In einer Diskussion, welche vor Kurzem bei Gelegenheit eines Falles von Amputation des Fusses im Knöchelgelenke in der pathologischen Gesellschaft in London stattgefunden hat, vernahm ich mit Verwunderung, dass ganz ausgezeichnete Wundärzte die Abtragung von etwa 1 bis 2 Zoll vom unteren Ende der beiden Unterschenkelknochen anempfahlen, indem sie so die Operation in eine Amputation umwandelten, und zwar lediglich zu dem Zwecke, dass der Stumpf besser im Stande sei, den angesetzten künstlichen Apparat zu tragen. Dadurch geht aber die Hauptempfehlung der Syme'schen Amputation verloren, welche darin besteht, dass nach Wegnahme des ganzen Fusses nur die Ferse verbleibt und von dem dort gebildeten Fleischlappen ein Polster erhält. Es wird zwar hier auch für das Gehen von etwas weiten Strecken ein eigenthümlich gestalteter Stiefel erforderlich, allein der Operirte kann doch umhergehen, ohne jeden anderen Apparat, kann aus dem Bette aufstehen und bei irgend einem plötzlichen Anlasse sich ohne weitere Hülfe in Bewegung setzen. Weit mehr noch ist dieses der Fall nach Ausschneidung des Fersenbeines und besonders nach Ausschneidung anderer Tarsalknochen. Es wird weiter nichts erfordert, als eine etwas dickere Sohle oder ein etwas erhöhter Absatz am Stiefel oder

Schuhe, und selbst ohne diese bleibt der Fuss brauchbar genug, das Herumgehen, wenn auch ein wenig Hinken, zu erlauben."

„Dass dasselbe Resultat durch Resektion unter dem Perioste oder durch das allmählige Zerstückeln des kranken Knochens und Herausschaffung desselben durch eine verhältnissmässig ganz kleine Wunde erlangt werden könne, mag wahr sein oder nicht, aber ein Grund gegen die Operation, von der ich hier handele, liegt nicht darin. Ich empfehle ja die Entfernung des ganzen Knochens, wenn eine sehr grosse Portion desselben erkrankt ist und eine Selbstheilung nicht erwarten lässt und der geringe Ueberrest, der vielleicht gesund ist, doch von gar keinem Nutzen sein kann. Auch habe ich nichts dagegen, wenn in solchen Fällen ein Versuch gemacht wird, durch Ausmeisseln der erkrankten Portion, oder auch auf andere Weise, Heilung zu bewirken. Ich muss aber bemerken, dass das Ausmeisseln sehr unsicher ist, während die Ausrottung des ganzen Knochens, vorausgesetzt, dass die angrenzenden Knorpelflächen gesund sind, ein ganz sicheres Resultat gewährt. Man hat sich die Vorstellung gemacht, dass der ursprüngliche Knochen, nachdem seine kranke Portion abgetragen worden, sich wieder reproduzire, selbst wenn von ihm nichts weiter übrig geblieben, als eine dünne Schaale oder auch nur das Periost, aber ich finde in den bisher bekannt gewordenen Fällen durchaus keinen Beweis dafür. Die Möglichkeit, den ganzen Knochen durch Meissel und Schabeisen abzutragen und nichts weiter zurückzulassen als das Periost, ist durchaus noch nicht nachgewiesen worden, und wenn es wirklich einen Fall gibt, in welchem man später durch anatomische Untersuchung die Reproduktion des Knochens dargethan haben will, so kann ich doch nach Allem, was ich erfahren habe, darauf kein Vertrauen setzen und in der ganzen englischen und auswärtigen chirurgischen Literatur habe ich ebenfalls keinen zuverlässigen Nachweis eines solchen Faktums gefunden. Dagegen muss ich sagen, dass nach der Ausrottung eines der Tarsalknochen die darauf folgende Narbe fest genug ist, um die Last des Körpers zu stützen und den Muskeln sichere und feste Ansatzpunkte zu

gewähren, und wir bedürfen sehr bestimmter Nachweise, um uns zu überzeugen, dass, wenn ein Knochen nach fast gänzlicher Abtragung durch Reproduktion aus dem zurückgelassenen Periosteum wieder hergestellt würde, er in der eben genannten Beziehung mehr zu leisten im Stande wäre. Die Idee, dass nach der vollständigen Ausmeisselung oder Ausschabung eines erkrankten Knochens eine vollständige Hülse des Periostes zurückgelassen werden könne, und dass von dieser Hülse aus der Knochen in gehöriger Form und Grösse sich wieder erzeuge, halte ich für ganz absurd. Kann denn wirklich eine solche Operation gemacht werden? Wird nicht bei aller Vorsicht und Geschicklichkeit das Periost zerfetzt werden und werden nicht noch einige Fetzen davon durch die darauf folgende Entzündung vernichtet werden? Nichts Anderes wird zu Stande kommen, als eine unregelmässige Ablagerung von Knochenmasse, die vielleicht gar nicht zusammenhängt und die jedenfalls nicht fähig ist, eine feste und für das Glied brauchbare Narbe zu bilden. Ich übergehe noch den grösseren Zeit- und Blutverlust, welchen dieses Ausmeisseln und Ausschaben des kranken Knochens erfordert. Man wird zugeben, dass die Ausrottung des ganzen Knochens schneller bewirkt wird und die Fleischlappen rascher übergelegt und die Wunde also früher geschlossen werden kann."

„Ich will nun einige Fälle mittheilen, welche für die Zweckmässigkeit der Operation sprechen. Ich bemerke, dass einige andere Fälle, die in unserem Hospitale vorgekommen sind, wo kleinere Knochen ausgeschnitten wurden, wie z. B. der erste Metatarsalknochen, übergangen werden, obgleich durch sie auch bewiesen wird, dass, wenn nach der Operation nichts weiter zurückgeblieben, als gesunde Weichtheile und gesunde Gelenkknorpel der angrenzenden Knochen, die Wunde immer sehr rasch und gut heilte."

I. Ausrottung des Os calcis.

Erster Fall. David S., $4^1/_2$ Jahr alt, hat seit einem Jahre ein Leiden des rechten Fersenbeines gehabt und ist deshalb am 25. Oktober 1861 in das Hospital für kranke Kin-

der gebracht worden. Wir fanden zwei Fistelöffnungen an der äusseren Seite des rechten Fusses, und zwar eine dicht an der Ferse und die andere nicht weit vom äusseren Malleolus. Die erstere führte bis auf den Knochen, der in bedeutender Strecke erkrankt war. Der Knabe wurde chloroformirt und die Fistel wurde aufgeschlitzt, jedoch in der Richttung der für die Ausrottung des Knochens nöthigen Wunde, falls diese Ausrottung nothwendig befunden würde. Es wurde darauf der Versuch gemacht, die Knochen vielleicht durch eine partielle Abtragung der erkrankten Portion möglichst zu erhalten. Bei genauer Besichtigung fand man einen Theil dieses Knochens abgestorben und locker liegend in einer Höhle; diese Höhle, welche durch den Ueberrest des Os calcis gebildet wurde, zeigte sich aber so durch und durch krank, dass eine gänzliche Ausrottung des Knochens für nöthig erachtet wurde. Da diese Voruntersuchung eine ziemliche Zeit in Anspruch genommen hatte, so wurde die weitere Operation bis auf den 2. November verschoben. Man begann mit zwei bis auf den Knochen gehenden Schnitten, welche sich im rechten Winkel trafen. Der eine Schnitt ging horizontal in gleicher Höhe der muthmasslichen Verbindung von Os calcis und Astragalus, zog sich dann an dem inneren Rande des ersteren Knochens dahin, durchtheilte die Achillessehne und ging abwärts längs der Aussenseite des Fusses gerade in der Mitte zwischen Ferse und Hervorragung des fünften Metatarsalknochens bis zu der Stelle, wo das Gelenk zwischen Os calcis und cuboideum sich befindet. Der zweite Schnitt ging senkrecht hinab und dann quer durch die Fusssohle; er begann nahe an dem vorderen Ende des ersten Schnittes und zwar etwas vor dem äusseren Malleolus und endigte am Os calcis nahe dem inneren Rande des Fusses. Er wurde nicht bis in die innere furchenartige Fläche des Os calcis verlängert, um nicht die Gefässe der Gefahr der Verletzung auszusetzen. Die durch diese Schnitte gebildeten Lappen wurden zurückgelegt und das Gelenk zwischen Os calcis und Kuboidknochen von vorne her geöffnet. Man fand es gesund. Dagegen war die obere Fläche des Os calcis im hohen Grade durch Karies zerstört, so dass die zwei Ge-

lenke mit dem Astragalus nicht mehr unterschieden werden konnten. Nachdem auch die Weichtheile rund um die Ferse losgelöst worden waren, war es nicht mehr schwierig, den ganzen Knochen herauszuschälen. Die Wunde zeigte sich ganz gut, der Knorpel des Kuboidknochens war ganz gesund, die untere Fläche des Astragalus war mit einer dicken Schicht von Granulationen bedeckt, aber nirgends war dieser Knochen entblösst. Die Fleischlappen wurden dann übergelegt und mittelst zwei Nadeln befestigt. Gefässe brauchten nicht unterbunden zu werden und die ganze Operation war nicht besonders schwierig. Die Wunde heilte ganz vortrefflich, musste aber theilweise offen gelassen werden, um den Eiter auszulassen, welcher in der Höhlung sich ansammelte. Allmählig aber bekam die Ferse mehr Festigkeit und am 3. Februar 1862 wurde der Knabe geheilt entlassen.

Am 20. September stellte er sich wieder vor; die Narbe war vortrefflich; an der Sohle war sie nur linienförmig. Der Knabe konnte mit einem etwas erhöhten Stiefel ganz gut gehen und den Fuss durch die Wirkung der Gastrocnemii sogar auf die Spitze stellen. Während dieser Bewegung konnte die Thätigkeit der Sehne deutlich gefühlt werden und es schien, dass diese Sehne ihre Verbindung und Festigkeit durch das Narbengewebe am Astragalus erlangt hatte.

Oktober 1864 wurde der Knabe abermals vorgebracht. Der Fuss ist vollkommen brauchbar zu jeder Bewegung; nur hopsen kann der Knabe nicht, sonst aber spielt und läuft er mit den anderen Kindern umher. Er kann vortrefflich rennen und auf dem operirten Beine auch stehen. Die Erhebung der Ferse, von dem äusseren Malleolus senkrecht abgemessen, beträgt $^1/_2$ Zoll und die Verkürzung derselben von demselben Punkte nach hinten bis zur äussersten Hervorragung gemessen beträgt ungefähr eben so viel. Ein Stiefel mit hohem Absatze genügt, das Hinken zu verhüten, aber auch ohne Stiefel kann der Knabe sehr vortrefflich herumgehen.

Zweiter Fall. Alfred C., 5 Jahre alt, wurde in das Hospital für kranke Kinder am 4. Februar 1862 gebracht. Sein Leiden im Fusse bestand schon seit zwei Jahren und er

war seit längerer Zeit in einem anderen Hospitale poliklinisch behandelt worden. Eine Fistelöffnung an der äusseren Seite der Ferse führte abwärts bis zum Os calcis, welches an seiner Oberfläche rauh und kariös war. Das Allgemeinbefinden des Knaben war gut, aber den Fuss konnte er durchaus nicht gebrauchen. Es wurde beschlossen, den genannten Knochen freizulegen und ihn nöthigenfalls ganz wegzunehmen, sofern die Karies sich nicht etwa sehr beschränkt zeigen sollte. Es geschah dieses am 5. Juli und die Ausrottung des ganzen Knochens erschien unabweisbar. Die Operation wurde ganz in derselben Weise vorgenommen, wie im ersten Falle, und es ergab sich, dass nur noch eine ganz kleine Portion des Fersenbeines noch gesund gewesen war. Die Gelenkverbindung dieses Knochens mit dem Astragalus war vernichtet und die untere Fläche dieses letzteren Knochens sogar oberflächlich ulzerirt. Gegen diese kranke Fläche des Sprungbeines wurden das Schabeisen und der Meissel benutzt und es wurde so viel abgetragen, bis eine glatte und vollkommen gesunde Schicht hervortrat. Die Fleischlappen wurden dann übergelegt und durch zwei Stiche festgehalten. Kalte Uebersprudelung während 24 Stunden und dann das Auflegen von Eisblasen auf die mit Leinwand bedeckte Wunde bildete die Nachbehandlung. Der Fall verlief sehr gut; der untere Theil des Schnittes durch die Achillessehne und der Schnitt durch die Fusssohle heilten durch erste Vereinigung, allein sobald sich die durch Ausrottung des Knochens entstandene Höhlung mit Eiter anfüllte, fehlte dafür ein genügender Auslass. Dieser Auslass wurde künstlich durch Einlegen einer Abzugsröhre von der inneren Seite des Fusses aus bewirkt. Die Heilung ging nun mit raschen Schritten vor sich, so dass am 3. August Alles geschlossen war. Der Knabe wurde ermuthigt, etwas zu gehen; anfänglich war das etwas schwierig, aber bald vermochte er das Bein gut zu gebrauchen und wurde am 7. September entlassen. Etwa zwei Monate später sah ich ihn wieder; er konnte ganz gut gehen und ich habe dann weiter nichts mehr von ihm erfahren.

In diesem Falle war die Krankheit nicht allein auf das Fersenbein beschränkt, sondern auch auf das Sprungbein über-

gegangen und man konnte zweifeln, ob man nach Ausrottung des ersteren Knochens eine ganz gesunde Wunde würde zurücklassen können. Es ist klar, dass man hier nicht in derselben Lage sich befindet, wie bei Ausrottung kariöser Gelenkenden im Knie- oder Hüftgelenke, wo man nöthigenfalls von der Gelenkfläche des angrenzenden Knochens beliebig Schichten abtragen kann. Man hat hier die Wunde offen vor sich, wo man bequem manipuliren kann, während man nach Ausrottung des Os calcis eine tiefe und ziemlich enge Höhlung vor sich hat, in welcher man nur durch den tastenden Finger sich leiten lassen kann. Immer aber ist dieser Fall ein hübscher Beweis von dem Mitgebrauche des Meissels und Schabeisens und von der Anwendung einer Abzugs- oder Drainröhre zur Wegschaffung des Eiters.

Dritter Fall. Any G., 7 Jahre alt, am 18. Februar 1863 in das St. Georgs-Hospital gebracht, hatte zu dieser Zeit an der äusseren Seite der rechten Ferse eine Fistelöffnung, durch welche eine Sonde bis in die Tiefe des Os calcis dringen konnte. Am 5. März machte ich daselbst einen tiefen Schnitt, entfernte ein loses Stück des genannten Knochens und schabte und meisselte von den Flächen und Wänden desselben Alles weg, was ich erreichen konnte. Eine ziemlich bedeutende Portion des Fersenbeines wurde auf diese Weise entfernt. Anfänglich zog sich die Wunde auch zusammen, fing sich an zu schliessen und veranlasste uns, da die Kleine den Fuss wieder auf den Boden setzen konnte, sie am 23. April wieder zu entlassen. Bald darauf aber fing sie an über grosse Schmerzen in der Ferse zu klagen und bald traten die Zeichen eines noch vorhandenen Knochenleidens auf. In Folge dessen wurde das Mädchen wieder aufgenommen und sogleich einer Operation unterworfen. Zuerst machte ich einen Schnitt bis auf den Fersenknochen, um mich von dem Zustande desselben zu überzeugen, und da ich ihn sehr erkrankt fand, so besann ich mich nicht lange, ihn ganz und gar fortzunehmen. Dieses geschah am 14. Mai 1863. Die Gelenkverbindung des Fersenbeines mit dem Kuboidbeine und dem Sprungbeine war gesund, aber von jenem Knochen selbst war nichts mehr

vorhanden als eine dünne Schaale, von der alles Uebrige weggeeitert war. Keine Spur einer Wiederbildung des Knochens nach der früheren Operation war zu bemerken.

Der Fall verlief ganz gut; nur war das Kind sehr eigensinnig und heftig und verzögerte dadurch ein wenig die Heilung. Es konnte keine Schiene bei ihm festgehalten werden, aber dennoch hatte die Wunde am 2. August sich so weit geschlossen, dass man auf Verlangen die Kleine in die Heimath entlassen konnte und es war dieses auch deshalb nothwendig, weil sie durch ihre Unart und Heftigkeit die übrigen Kranken belästigte. Anfangs September war die Wunde ganz geheilt und das Kind fing an umherzugehen, im Juni 1864 sahen wir sie abermals; sie befand sich in einem befriedigenden Zustande und es wäre gewiss das Resultat noch ein viel besseres gewesen, wenn das Kind sich nicht so unbändig gezeigt hätte. Es konnte aber ganz gut gehen und umherspielen, allein es hatte sich ein geringer Grad von Spitzfuss mit erhobener Ferse (Talipes calcaneus) gebildet. Die Wunde war gut geheilt. Leider konnte man sich nicht von der Befähigung des Kindes, das Bein nach allen Richtungen hin zu bewegen, ruhige Ueberzeugung verschaffen, weil es durchaus nicht gehorsam war; indessen war die Mutter mit dem Resultate der Operation vollkommen zufrieden und es wurde nur noch ein passender Schuh empfohlen.

II. Ausschneidung des Astragalus und des Skaphoidknochens.

Ruth T., 10 Jahre alt, kam in das Kinderhospital am 2. März 1863. Sie hatte seit sieben Jahren am rechten Fusse gelitten. Die Ursache war eine Verletzung, welche der Fuss des Kindes dadurch erfahren hatte, dass er zwischen die Radspeichen eines rollenden Kinderwagens gekommen war. Der Knöchel schwoll gleich darauf an und wurde sehr schmerzhaft und etwa sechs Monate nachher wurde die Kleine lahm. In der Zeit bildete sich am Fusse ein Fistelgang, aus welchem Materie herauskam und endlich konnte sie nur mit Krücken gehen. Vor vier Jahren war sie schon einmal zwei Monate in einem Hospitale gewesen, aber ohne irgend einen

Nutzen. Wir fanden sie bei der Aufnahme in unsere Anstalt abgemagert und schwächlich; etwas Nonnengeräusch war unter dem Schlüsselbeine zu vernehmen; auch schien der Perkussionston daselbst etwas gedämpft und die Respiration ein wenig belegt, indessen waren doch noch keine eigentlichen Zeichen von Hektik vorhanden.

Auf dem Rücken des Fusses nahe dem Malleolus, aber besonders nach Innen zu, fanden wir eine beträchtliche Schwellung; die Haut darüber war roth, gespannt und schimmernd; zwei oder drei Fistelöffnungen, aus denen viel Eiter ausfloss, waren vorhanden. Die Sonde führte bis auf den Knochen, welcher in einer grossen Strecke rauh und weich war; an einer Stelle konnte man in eine Art Höhlung dringen, die das Gelenk zwischen Astragalus und Skaphoidknochen zu sein schien. Der vordere Theil des Fusses, die Ferse und die Sohle waren ganz gesund. Die Kranke konnte sich nur etwas auf die Zehen stellen und auf diese Weise mit dem Fusse einige wenige Schritte machen und sogar einige Minuten darauf stehen.

Am 14. März wurde sie unter Chloroform gebracht, dann wurde ein Schnitt gemacht, ganz ähnlich dem vorderen Schnitte bei Syme's Amputation. Ein Fleischlappen wurde vom Fussrücken zurückgelegt und so der erkrankte Knochen zu Tage gebracht. Der vordere Theil des Astragalus war, so weit man ermitteln konnte, durch und durch kariös und hatte an einer Stelle sogar ein grosses ausgefressenes Loch. Mein erster Gedanke war, wenn irgend möglich, alles Erkrankte dieses Knochens wegzunehmen, ohne das Knöchelgelenk zu eröffnen, aber die Karies erstreckte sich so dicht bis an das Gelenk, dass dieses nicht umgangen werden konnte. Es wurde aber ganz gesund gefunden und ich entschloss mich nun, den Astragalus ganz zu entfernen. Es geschah dieses ohne Schwierigkeit. Ich durchschnitt zuerst die Seitenligamente des Knöchelgelenkes und dann die Bänder, die den kranken Knochen mit dem Tarsus nach vorne verbanden. Nun war es nicht schwierig, den Fuss vom Sprungbeine so weit zu disloziren, dass das Messer auf die Bänder zwischen

diesem Knochen und dem Fersenbeine wirken konnte. Nachdem auf diese Weise das Sprungbein gelöst war, wurde es mit einer Zange gefasst und die hintere Fläche mit grosser Sorgfalt frei gemacht, um die Sehne des M. flexor longus pollicis und die hintere Tibialarterie zu schonen. Mit Ausnahme der vorderen Tibialarterie, welche beim ersten Schnitte durchtheilt werden musste, brauchte kein anderes Gefäss unterbunden zu werden. Die Operation dauerte im Ganzen etwa 15 Minuten. Bei der Einwirkung auf die vorderen Verbindungen des erkrankten Knochens sah ich mit Erstaunen, dass statt des hinteren Theiles des Skaphoidbeines ich die Knorpelfläche der drei Ossa cuneiformia blosgelegt hatte und bei der Untersuchung fand ich dann, dass das Skaphoidbein mit dem Astragalus eine Masse bildete und nur noch durch schwache Spuren des ursprünglichen Gelenkes von diesem unterschieden werden konnte. Vorne vor dem Knöchelgelenke sah man eine grosse Höhle mit rauhen Wänden, worin sich ein Sequester befand, welches nichts Anderes war, als das losgelöste Köpfchen des Astragalus. Die Wände dieser Höhle waren erweicht, aber nur in geringem Grade.

Der Fuss wurde in eine Schiene gelegt, um die Theile nach Wegnahme einer so grossen festen Masse zwischen ihm und dem Unterschenkel aneinander zu befestigen, und dann wurden eine kurze Zeit kalte Umschläge gemacht. Später wurde die Wunde fleissig mit einer schwachen Lösung von Zinksulphat ausgespritzt. Allgemeine Zufälle traten nicht ein und die grosse Höhle, welche nach Entfernung der Knochen zurückgeblieben war, füllte sich ziemlich rasch aus. Am 2. Mai war die Kleine so weit gekommen, dass man ihr erlauben konnte, aufzustehen, indem man den Fuss noch durch eine Lederschiene unterstützte. Am 15. Mai konnte sie schon etwas umhergehen und wurde dann in eine Pflegeanstalt geschickt und ihr aufgegeben, sich von Zeit wieder vorzustellen. Bei ihrer späteren Wiederkunft war die Wunde vollständig geheilt, an der Operationsstelle war wenig Beweglichkeit vorhanden und die Kleine konnte den Fuss nur wenig gegen den Unterschenkel beugen, offenbar durch die Thätigkeit des M. peroneus tertius, dessen Sehne nicht durch-

schnitten worden war. Die Verkürzung des Gliedes war nur gering und das Kind konnte ganz gut gehen.

Am 17. Dezember 1864 sahen wir die Kleine wieder. Sie konnte ganz gut gehen und hinkte nur sehr wenig; sie kann auf dem operirten Fusse eben so gut stehen wie auf dem anderen, aber damit nicht hüpfen oder springen, was vielleicht nur dem Mangel an Dreistigkeit zuzuschreiben ist. Das ganze Bein aber sieht etwas atrophisch aus, vermuthlich in Folge der lang bestandenen Krankheit. Bei der passiven Bewegung des operirten Knöchelgelenkes findet man nur wenig Beweglichkeit. Die Ferse ist hier länger als am anderen Beine, so dass es scheint, als ob das Os calcis mehr rückwärts getrieben wäre. Die genauen Messungen ergeben Folgendes: 1) Die Horizontallinie von der Spitze der grossen Zehe bis zur Ferse am operirten Beine 7 Zoll, am gesunden $7^{1}/_{8}$ Zoll. 2) Die senkrechte Linie vom inneren Malleolus bis zur Fusssohle am operirten Beine $1^{1}/_{2}$ Zoll, am gesunden 2 Zoll. 3) Die schiefe Linie von der Spitze des inneren Malleolus bis zum untersten Punkte der Ferse am kranken Fusse $2^{1}/_{2}$ Zoll, am gesunden ebensoviel.

In diesem Falle habe ich bereits eingestanden, dass die Operation unter der nicht klaren Kenntniss des Zustandes der Theile unternommen worden ist.

Aus der langen Dauer der Krankheit, aus dem verdächtigen Aussehen des Kindes, aus der grossen Ausdehnung des wahrscheinlich afflizirten Knochens und aus der vollkommenen Unbeweglichkeit schloss ich auf die skrophulöse Natur der Karies; auch schien das Aussehen des Knochens, als er blosgelegt war, dieser Ansicht nicht zu widersprechen; denn erst nach ruhiger Untersuchung des Knochens, nachdem er herausgenommen war, fanden wir an seinem vorderen Theile eine Höhle, in der ein Sequester lag, welcher sie so ausfüllte, dass er wie ein Keil darin steckte. Ich brauche nicht zu sagen, dass, wenn ich die Ausdehnung des Sequesters vorher gekannt hatte und besonders die geringe Erweichung der Wände der Höhle, so würde ich die Hoffnung des Gelingens der Operation schon vorher gehabt haben. Doch ist das gute Resultat keineswegs eine Sache, die sich von selbst

versteht. Der zuletzt erzählte Fall ist ein Beispiel von dem, was, wie ich glaube in dieser Krankheit sehr häufig ist, nämlich dass die Entfernung des Sequesters nicht zur Heilung ausreicht, weil die Bildung des Sequesters nicht die Krankheit ausmacht, sondern nur eine Folge derselben ist. Dennoch kann es nicht fraglich sein, dass, wenn irgendwo ein Sequester vorhanden ist, der erste Akt die Entfernung desselben sein muss. Mir dient dieser Fall als ein Beweis, dass in diesen Affektionen frühzeitig eine kräftige Behandlung eintreten müsse. Das Kind litt offenbar an einem Uebel, welches die Folge einer örtlichen Verletzung war und offenbar nur eine geringe Ausdehnung hatte, da weder im Knöchelgelenke, noch in der Ferse, noch in der Sohle, noch im vorderen Theile des Fusses Schwellung oder Schmerz vorhanden war. Dennoch war die Kleine sieben Jahre sich selbst überlassen geblieben und konnte in dieser Zeit den Fuss nicht gebrauchen und musste daher alle Folgen der unterlassenen Körperbewegung erleiden. Hat man nicht allen Grund, anzunehmen, dass, wenn zu der Zeit, als die Kleine zwei Monate in einem grossen Hospitale sich befunden hatte, die Behandlung auf die Diagnose, dass das Uebel ein rein lokales sei, sich gestützt hätte und in Folge dessen eine Entfernung der erkrankten Knochenportionen vorgenommen worden wäre, das Kind vier Jahre für Bewegung und Wachsthum profitirt haben und die jetzt deutlich wahrnehmbare Atrophie des Gliedes vermieden worden sein würde. Es ist klar, dass der Wundarzt, der das Kind zuerst behandelte, von der Idee beherrscht gewesen sein muss, es sei das Uebel ein konstitutionelles oder dyskrasisches, weil er sonst die Kleine nach zweimonatlicher Behandlung noch mit dem ganz ungeheilten Knochenleiden nicht entlassen haben würde. Ich bin vollständig davon überzeugt, dass in allen solchen Fällen, sofern nicht das Dasein der Skrophulosis durch wirkliche und unzweifelhafte Symptome in den Lungen oder anderswo erwiesen ist, die Entfernung des kariösen Tarsalknochens ganz entschieden indizirt ist und dass, wenn die Entfernung auch wirklich ganz vollkommen geschehen ist, der Erfolg immer ein sehr guter sein werde. Ist der Kranke phthisisch, so bin ich geneigt, von operativen

Eingriffen ganz abzustehen, falls nicht grosser Schmerz vorhanden und die Eiterung sehr bedeutend ist, in welchem Falle ich die Amputation des Fusses noch für das Beste halte, aber solche Fälle unterscheiden sich sehr von denen, über welche ich hier spreche.

Ausschneidung des ersten Metatarsalknochens.

Im Metatarsus findet sich selten ein einzelner Knochen erkrankt, mit Ausnahme des der grossen Zehe, aber gerade dieser Knochen ist sehr häufig affizirt und oft in sehr grosser Strecke. Wenn dieses der Fall ist, so ist das Glied unbrauchbar, gerade als wenn die Karies einen weit wichtigeren Theil des Fusses ergriffen hätte, weil der Schmerz jedesmal, sobald der Fuss auf den Boden gesetzt wird, sehr lebhaft wird. Ich habe hier oft versucht, das Kariöse abzumeisseln und abzuschaben, aber ich bin damit, so weit ich mich erinnere, nie zum Ziele gekommen, während in allen Fällen, wo ich den Knochen mittelst eines Schnittes durch das Gelenk zwischen der Phalanx und dem Os cuneiforme ganz herausgenommen habe, die Wunde ganz gut heilte und, wie ich glaube, auch dauernd gut blieb. Die Operation ist sehr einfach. Ein Schnitt wird längs der Ferse und der Zehe gemacht und vorne durch einen zweiten Schnitt, der quer über das Metatarsopharyngealgelenk geht, rechtwinkelig gekreuzt. Die kleinen Fleischlappen werden zurückgeschlagen und dann wird die Oberfläche des Knochens ganz frei gemacht; sowie die Portion des genannten Gelenkes zu Tage gekommen, wird das vordere Ligament durchschnitten, der Knochen, gänzlich losgelegt, von der Zehe und, wenn möglich, mit der Zange hervorgehoben; darauf wird das Messer längs seiner unteren Fläche hingeführt und zuletzt der hintere Theil des Tarsometatarsalgelenkes durchtheilt. Wenn hierbei nicht die grösste Sorge getragen wird, das Messer mit der Schneide ganz genau längs dem Knochen zu halten, so verwundet man den Arcus plantaris. Von Bedeutung würde diese Verwundung nicht sein, wenn sie ganz zuletzt geschähe, weil die Arterie, sobald der Knochen entfernt ist, leicht gesichert werden kann; träfe sie aber früher ein, so könnte die

Blutung sehr störend werden. Ich habe jedoch keinen Fall gesehen, wo daraus irgend ein besonderer Nachtheil entstand. Wenn die Wunde heilt, was gewöhnlich immer sehr schnell geschieht, so findet man die grosse Zehe etwas zurückgefallen, dergestalt, dass ihre Spitze hinter der Spitze der zweiten Zehe steht, aber kein anderer Defekt ist zu bemerken, und ich habe auch durchaus keinen Unterschied in der Gangart wahrgenommen. Ich führe dieses ausdrücklich an, weil in der neueren Ausgabe von Cooper's chirurgischem Wörterbuche dieser Punkt in Zweifel gelassen ist. Es wird dort in dem Artikel über Ausschneidung der Knochen geradezu gesagt, dass die Entfernung des Metatarsalknochens der grossen Zehe nicht anzurathen sei, weil diese letztere keine Stütze habe und zu einem nutzlosen Anhängsel sich gestalte. Der Autor des Artikels bezieht sich auf zwei Fälle, wo die Operation gemacht worden und wo das Resultat in jeder Beziehung unglücklich gewesen. Da aber ganz genaue Angaben fehlen, aus denen sich ein Urtheil über den eigentlichen Grund des Misserfolges bilden lassen könnte, so kann ich mich dadurch nicht irre machen lassen. Die hier in Rede stehende Affektion ist bei Kindern häufig und bei Erwachsenen, wie mich dünkt, auch nicht selten; gewöhnlich ist der Knochen in seiner ganzen Dicke erkrankt, so dass der grösste Theil davon entfernt werden müsste, wollte man nur Meissel und Schabeisen gebrauchen; die Wunde würde bei dem zurückgebliebenen Reste doch nicht heilen und dieser würde endlich doch herausgeschafft werden müssen.

Ich habe die Operation innerhalb vier Jahren im Kinderhospitale mehr als ein Halbdutzendmal gemacht. Ich kann die Einzelnheiten aller dieser Fälle hier nicht angeben, wenn ich auch wollte; denn der gute Erfolg trat stets so regelmässig ein, dass man nicht mehr die Mühe, sie zu notiren, für nöthig hielt; nur der folgende kurze Bericht des letzten Falles mag genügen.

Jane L., $2^1/_2$ Jahr alt, am 28. September 1864 in das Kinderhospital aufgenommen; sie hatte eine Anschwellung vorne an der inneren Seite des linken Tarsus; dieses Uebel bestand seit 2 Monaten. Die Anamnese lehrte nichts; wenig-

stens fehlte jede Angabe über eine etwa stattgehabte Verletzung. Eine Fistelöffnung führte abwärts bis zum Gelenkkopfe des ersten Metatarsalknochens, der kariös war. — Am 15. Oktober machte ich einen Einschnitt und, da ich den Knochen in grosser Strecke kariös fand, so entfernte ich ihn ganz. Der Gelenkknorpel vor und hinter diesem Knochen war ganz gesund, der Knochen aber durch und durch krank, vorne fast schon von selbst abgelöst und kaum noch eine Art Schaale darstellend. Offenbar würde hier das Abmeisseln und Abschaben nicht nur ganz unnütz gewesen sein und die Krankheit nicht getilgt haben. Nach Entfernung des ganzen Knochens ging Alles schnell zur Heilung. Die Kleine hatte von der Operation wenig zu leiden; die Wunde heilte rasch und gut und die Kleine konnte am 18. Tage nach der Operation im wünschenswerthesten Zustande entlassen werden.

Die Hautkrankheiten der Chinesen in der Kinderwelt, aus chinesischen Originalquellen von Dr. S. Pappenheim, prakt. Arzte u. s. w. in Berlin.

Einleitung.

Unter den verschiedenen Mittheilungen über die Krankheiten der Chinesen ist keine, welche den Hauterkrankungen einen genügenden Antheil gäbe. Dabry, zu wenig mit ärztlicher Erfahrung ausgestattet, hat eben nur so weit, als seine Uebersetzergewandtheit reicht, eine leuchtende Fackel sein können, und leider nicht Gelegenheit gehabt, mehr, als ein paar Bruchstücke von den Hautausbrüchen in Sicht zu bekommen. Tartarinoff, Gesandtschaftsarzt, hat etliche Jahre früher chinesische Heilkunde literarisch aufgefasst, aber, trotz einer Literatur von 16 Schriften, welche er behauptet gelesen zu haben, kein Wörtchen von Hautkrankheiten gesprochen, obschon er 2er Schriften über Masern gedenkt. Die Berichte der englischen Missionshospitäler im Chinese Repository erzählen allerdings, dass sie unter 150000 von ihnen behandelten Kranken auch einige Tausend Hautkranke gehabt hätten und nennen uns 35—36 Gattungen, ohne

Beigabe der Ortsbestimmung und ohne nähere Beschreibung des Verlaufes und der Eigenthümlichkeit der Ausschläge. Friedel, welcher daher seine Mittheilungen geschöpft hat und in Folge seines Aufenthaltes in China im Stande war, etliche Nachrichten über Lepra zu geben, hat die von dem Repository und allen seinen Vorgängern gelassenen Lücken nicht ausgefüllt und, wie es scheint, nicht einmal bemerkt, dass betreffs der Zymosen sehr viel zu leisten war. Morache, der leider, etwa am 15. April d. J. sein Stillschweigen gebrochen hat, ergeht sich lediglich in zum Theil sehr ungerechte Schmähungen über die Aerzte eines Landes, mit denen er jedenfalls in freundlichem Verkehre war, und — lehrt über unser Thema nichts. Unter solchen Umständen scheint es fast eine besondere Gunst des Schicksales, dass wir in Berlin unter dem Titel *Paou ying che* „über die Erhaltung der Säuglinge", wie der hochverdiente Schott es übersetzt hat, eine Schrift besitzen, deren Inhalt, wie ich mich überzeugt habe, gerade nur die Hauterkrankungen bilden, 189 an Zahl, also schon um deswillen keine Monographie der Pocken, weil deren nur 41 von den Chinesen genannt und beschrieben werden, auch keine Abarten irgend einer anderen Ausschlagskrankheit, da es eine so reiche Art nicht gibt, sondern wirklich ein Aggregat von ganz verschiedenen Leiden, über welche wir möglichst genau Rechenschaft legen wollen. Die Beachtung einer solchen Schrift, da dieselbe noch eine Terra incognita ist, rechtfertigt sich sonach von selbst, sie hat aber ganz besonders deshalb etwas Eigenthümliches, weil ihr wissenschaftlicher Standpunkt betreffs der Diagnose, Klassifizirung und Behandlung von den europäischen Anschauungsweisen früherer und gegenwärtiger Zeiten durchaus abweicht.

Hat man sich einmal versichert, dass eine pathologische Spezialschrift so zahlreiche Punkte umfasse, so knüpfen sich an sie die wichtigsten Hauptfragen unserer Tage. Hug hatte schon darauf aufmerksam gemacht, dass Chinesen viele in anderen Ländern nicht anzutreffende Affektionen besitzen, und so ist, da selbst de Guignes in diesem Zweige nicht über bruchstückweise Mittheilungen hinausgekommen ist, das Erste, das wir zu wissen begehren: welches sind diese nationalen

Leiden? Sind es eigenthümliche Formen der bekannten Krankheiten, oder wirklich Arten, von denen wir noch ganz und gar nichts erfahren haben?

Gewiss würden wir äusserst zufrieden schon mit einer überzeugenden Mittheilung in Betreff des ersteren Punktes sein; denn man sucht seit lange die Grundformen einzelner, insbesondere ansteckender Krankheiten und weiss bis zu diesem Augenblicke noch nicht, — sprechen wir sogleich nur von der oben angedeuteten Spezialität —, ob es solche Grundformen gäbe, wo sie und in welcher Anzahl zu finden seien, wie sie allmählig sich umgewandelt haben und welches die Beweggründe dieser Umwandlung sein mochten. Die Idee der Grundform einer Krankheit ist keine imaginäre, sie ist bereits durch mehrere Autoritäten zur Ueberzeugung dargethan.

Unter den aus einer Grundform hervorgegangenen, ansteckenden Krankheiten nimmt auch die Syphilis einen Platz ein, und, da es unzweifelhaft ist, dass geschlechtliche Leiden bei allen, literarisch bekannt gewordenen Nationen seit den ältesten Zeiten vorgekommen sind, so kann der Streit, ob ehemals Syphilis geherrscht habe, eigentlich nur der sein, ob man es im Alterthume mit einer Grundform der Syphilis, oder mit wirklich ausgebildeter Syphilisform zu thun habe? Da nicht ein Jeder sich von diesem Unterschiede Rechenschaft gegeben hat, so begegnen wir dem seltsamen Ereignisse in unserer Journalistik, dass, obschon es längst theils für widerlegt, theils für entschieden zweifelhaft gilt, dass ausgebildete Syphilis ehemals existirt habe, scheinbare Beweise von der Existenz der Syphilis in vorcolumbischen Jahren immer wieder in's Feld gerückt werden, und so mussten wir neulich, ohne neue Argumente, abermals anhören, die Susruta beschreibe die Syphilis.

Die Widerlegung solcher Ansichten ist schon längst erfolgt und einen gegen jene Behauptungen vorgebrachten Einwand kennen meine Leser schon durch meine erste Mittheilung in dieser geschätzten Zeitschrift. Allein es sind noch ganz andere Gesichtspunkte zu erwägen, ehe man überhaupt sagen kann, die alte Ansicht von dem amerikanischen Ur-

sprunge der Syphilis sei eine falsche. Wir müssen jetzt sofort auf diesen Punkt eingehen.

Studien der Natur haben es als unzweifelhaftes Ergebniss hinstellen können, dass mindestens einzelne Erdtheile autochthone, lebende Gebilde besitzen. An der amerikanischen Küste des atlantischen Ozeanes finden sich Muschelthiere, welche man nicht an der europäischen dieses Meeres entdecken konnte. Auf meiner Reise nach Amerika begegnete ich allerdings noch in der Entfernung von einigen hundert Meilen, aber nicht weiter, Mollusken, die ich an der französischen Küste gesehen hatte, und es schien mir darnach nicht ganz billig, anzunehmen, Thiere wären durch Wanderung über das Meer in den neuen Welttheil gekommen und vielleicht haben selbst einzelne Meeresstellen verschiedene Thiere und Thierkrankheiten*). Amerika und Neuholland besitzen mancherlei thierische Geschöpfe, welche nirgends in der alten Welt zu finden sind und wäre es selbst nur in Versteinerungen; warum sollte Amerika wenigstens nicht auch seine eingeborenen Krankheiten haben, möchte man dieselbe als Individualitäten, oder als selbstständig abgeschlossene Prozesse, welches durchaus unwahrscheinlich ist, betrachten, und somit auch die Syphilis an Europa überliefert haben? Weil, sagt man, unter den Indianern, d. h. etwa 29 Indianerstämmen, die Syphilis von einem englischen Arzte nicht beobachtet worden ist; — als ob jener Arzt diese Stämme völlig durchsucht und damit selbst bewiesen hätte, dass 223 wohl gezählte Indianervölker der vereinigten Staaten und 1200 solcher von den amerikanischen Schulbüchern angegebenen Völker Amerika's sich ganz gleich verhalten müssten. Wie müsste nun, um sich in Bollaert's Gedanken ganz zu fügen, die Syphilis ihre Runde gemacht haben? Nehmen wir an, was nicht bewiesen ist, von den Indern, bei denen also angeblich aus der Susruta hervorginge, dass Lues dort im 3ten Jahrhun-

*) Wie daher Meeresthiere überhaupt nicht als Verbreiter der Syphilis gelten, so können sie auch nicht als Träger eines europäischen Kontagiums nach Amerika und umgekehrt gedient haben oder dienen. Den Landthieren aber wird bekanntlich die Syphilis abgesprochen. —

derte unserer Zeitrechnung geherrscht habe, so sagt uns Niemand, dass Inder Amerika besucht hätten, wohl aber behauptet man — und dies soll sogar feststehen, — Chinesen seien vor Columbus in den neuen Erdtheil gelangt, und selbst schon vom 5ten Jahrhunderte an. Sie mussten also die Vermittler des verderblichen Geschenkes gewesen sein und entweder herrschte die Krankheit schon bei ihnen, oder dieselbe war durch Inder ihnen mitgetheilt worden. Das Letztere wäre denkbar, denn beglaubigte Alterthumskundige versichern, seit dem 4ten nachchristlichen Jahrhunderte habe lebhafter Verkehr zwischen Indern und ihren Gästen, den Chinesen, stattgefunden. Also Syphilis unter den Indern im 3ten Jahrhunderte angeblich sicher; Verkehr der letzteren Nation mit Chinesen in grösserer Menge als etwa vordem, und daher die mögliche Uebertragung der Venerie, Reisen der Chinesen nach Amerika im 5ten Jahrhunderte, Ueberbringung des empfangenen Geschenkes in den neuen Welttheil und im 15ten Jahrhundert Zurückführung des pathologischen Wanderers nach Europa. Einfache Erklärung und Versöhnung aller Widersprüche, — aber leider falsch und nur scheinbar Lösung des Problemes.

Uebertragt eine ansteckende Krankheit sich auf eine einfache, oder collective, neue Individualität, so wüthet sie in derselben mit einer grösseren Energie, als an dem Orte des Ursprunges. Kam Syphilis als Fremdling nach China, so mussten ihre Zerstörungen sehr auffallend daselbst werden, und China's Chronik würde wohl davon berichten; kam der Fremdling gar von China in das neue Vaterland Amerika, so mussten seine Verheerungen, wegen noch grösserer Heterogenität, jedenfalls des Klima's, noch beträchtlicher ausfallen und dann hätte Columbus so arge Warnungszeichen an dem Körper der Wilden gefunden, dass er mehr bedacht gewesen wäre, einen intimen Umgang der Eingeborenen mit den Spaniern nur unter grösster Vorsicht zuzulassen. Die Geschichte der kontagiösen Krankheiten widerspricht also dem Zauber der einfachen Erklärung. Aber Columbus meinte ja, die Indianer seien Abkömmlinge der Inder. Allen genannten Einwand angenommen, wären ja also Amerikaner durch Chinesen nur mit einer Gabe bedacht worden, deren Anlage

durch Geburt sie besessen, deren Aufnahme ohne Nachtheil für sie geschehen konnte, und so kämen wir zurück zu den Hindu's als den Erzeugern, die autochthone Natur der Syphilis nicht bestritten, sondern nur in einen anderen Welttheil versetzt! und warum wäre in Asien die venerische Krankheit in Indien entsprungen und hätte sich nicht schon früher in andere Länder und nach Europa verbreitet?

Ich fragte Herrn von Schlagintweit, den Indo-Tibetaner, ob er glaube, dass die Chinesen in den Theil Amerika's gekommen seien, den Columbus entdeckt habe, und er erwiderte: „Nein, sondern nur zu den Azteken und in das englische Amerika." Wenn dem überhaupt so ist, so mussten die Havanneser u. a. von Columbus aufgefundene Amerikaner selbst erst wieder von dem aztekischen Volksstamme aus angesteckt sein, und das hat seine ziemliche Unwahrscheinlichkeit, weil die Kommunikationen der amerikanischen Völker früherer Jahrhunderte eine solche Uebertragung nicht leicht möglich machten.

Lassen wir jetzt alle Ansichten über die Laeswanderung in Amerika fallen. Mir ist es unwahrscheinlich, dass Chinesen in Amerika schon zeitig waren, da sie keine sprachlichen Spuren unter 22 Nationen Nordamerika's und einigen, von mir in dieser Beziehung durchsuchten Idiomen auch Südamerika's zurückgelassen haben. Es könnte immerhin mit der Pathologie sich anders verhalten, aber wie beweisen wir nun lediglich, dass China die Syphilis beherbergt habe? Gelangte sie epidemisch dahin? Unsere obigen Gründe sprechen dagegen. Waren Thibetaner die Erzeuger des syphilitischen Giftes? Die Chinesen reisten, um den Buddhismus zu studiren, nach Thibet, das ereignete sich erst im 6ten Jahrhunderte und so hätten Chinesen viel später Gelegenheit gehabt, syphilitisch durch Thibetaner, als durch Hindu's zu werden. Da nun aber Chinesen, Thibetaner und Hindu's gelehrte und gebildete Nationen sind, so lässt sich annehmen, die Chinesen hätten sammt der Krankheit auch die Heilmethode von einem der Ausländer eingeführt und wir müssten die Spuren dieser Uebertragung in der chinesischen Lehre der Heilkunde wieder finden.

Dem widerspricht die Erfahrung. Sogenannte Elemente werden in der Heilkunde aller jener Nationen, zugleich der Siamesen und der Griechen, angenommen. Vergleicht man diese Elemente, so ergibt sich die Verschiedenheit, und man glaubt, hier müsse eine sechste Nation gelebt haben, welche die Schöpferin der Elementenlehre war, und jene 5 Nationen hätten, jede nach ihrer Weise, die empfangene Lehre umgeändert. Man verfällt auf Aegypten, welches vielleicht die älteste Geschichte hat. Allein Hr. v. Schlagintweit erklärt die Ansicht, dass Aegypten die wissenschaftliche Mutter der Chinesen u. s. w. gewesen, für antiquirt, China muss daher, gleichviel ob jünger, oder älter, als Aegypten, die pathologische Lehre selbstständig entwickelt haben, und hatte die Therapie nicht vom Auslande herbeigeführt.

China verhielt sich mithin zur Syphilis so, dass es entweder spontan dieselbe entwickelte, oder durch einen der genannten Nachbarn bekam, oder sprungweise von einer zu anderer Gruppe von Nationen gehörigen Völkerschaft empfing. Das Letztere ist nicht durch Erfahrung zu begründen; denn, wenn es auf epidemischem Wege zutreffen müsste, so erinnern wir daran, dass epidemische, kontagiöse Volkskrankheiten keine Sprünge machen*). Sollten einzelne Individuen Lues eingeführt haben, so wäre der weiteren Verbreitung bald Einhalt gethan worden und die Geschichte hätte nicht ermangelt, uns solche Ereignisse zu überliefern. Die Uebertragung der Syphilis von den Nachbarn musste im 3ten oder 4ten Jahrhunderte erfolgen und doch berichtet uns Dabry, dass Venerie bei weitem früher in China bekannt war, und zählt uns die Beweise vor, die ganz eben so viel werth sind, wie die von der Susruta gezogenen. Zufolge Dabry wäre die Syphilis also, da keine Nation vorchristliche Syphilis dargethan hat, nothwendig zuerst in China vorgekommen, dort einheimisch und daher so milde. Aber wie geht es zu, dass die Grundform einer Krankheit vor Christi Geburt relativ so milde verlief, und jetzt, nach so vielen Jahrhunderten, wie eine eingeschleppte Krankheit sich verhält, d. h. mit grosser Wuth und Verheerung unter den Chinesen auftritt?

*) Man lässt aber überhaupt Syphilis nicht als Epidemie gelten.

Halten wir uns an den Erfahrungssatz, dass endemisch gebliebene Krankheiten den Eingeborenen weniger extensiv und, im Allgemeinen, weniger intensiv befallen, als eingeschleppte Epidemica, so müssen wir die Syphilis und die Pest, welche im 14ten Jahrhunderte in China angeblich 5 Millionen Chinesen soll hinweggerafft haben, wenn Deguignes richtig übersetzt hat, als nicht chinesische Geburten betrachten; wir würden unter unseren obigen 189 Formen noch sehr viele zu dieser Klasse rechnen müssen und gewönnen dadurch eine sehr bequeme Eintheilung: Mild verlaufende und daher chinesische Grundformen, schwer verlaufende, nicht Grundformen, sondern höhere Entwicklungsstufen ausserchinesischer Krankheiten und damit einen leicht gewordenen Blick in das Gebiet der so viel gesuchten Elementarformen einiger Hautkrankheiten.

Wir gelangen bei der Beschreibung jener 189 Krankheiten mehr als 7 mal auf Fälle, die unter dem Namen *Ting*, mit solcher Schriftart, wie sie, Morrison zufolge, syphilitisches Geschwür bedeutet, vorgeführt und 7 mal gezeichnet werden. Da diese Fälle die Kinderwelt unter 16 Jahren betreffen, was in Europa so verhältnissmässig selten ist, so müsste die Syphilis in China eine Grundform haben, und nun frägt es sich bloss: warum war die elementare Luesform ehemals milder, und warum hat diese Form sich nicht erhalten? Ist es möglich, dass ein grosser Zeitunterschied diesen Unterschied der Qualität bedingen kann, welches ist dieser Zeitunterschied? vermag aber Zeit es nicht, den Charakter einer kontagiösen Affektion wesentlich zu verschlimmern*) und aus dem Kindesalter, in grösseren Massen — denn in kleineren scheint dies bei dem Nachthusten gewesen zu sein, — in das Mannesalter zu übertragen, wie erklärt man sich das Uebrige?

Ich betone, Syphilis müsste in China in milder Gestalt gewesen sein noch aus einem anderen, pathologischen Grunde. Die Bevölkerung China's hat sich enorm gehoben, und zwar in allen Jahrhunderten. Dies ist nicht möglich, wenn seine epidemischen Krankheiten bösartigen, also ausländischen Ur-

*) Betreffs der Syphilis war sie ehemals schlimmer in Europa, als jetzt.

sprunges waren. Alle Wahrscheinlichkeit, spricht eher dafür, dass China in der Mehrzahl endemische, primäre Erkrankungen habe*) und relativ selten etwas von Aussen empfing. Die Pest des 14ten Jahrhunderts ist vielleicht (?) eine Ausnahme. Wie sie überhaupt dahin kam, ist äusserst schwierig nachzuweisen. Die Lebensdauer der Chinesen ist keine ungewöhnliche. In Reproduktionskraft werden sie von Arabern, Türken und Persern übertroffen, eine geringere Dezimirung durch mancherlei Krankheiten scheint also einen wesentlichen Antheil an ihrer Vermehrung, und zwar auf dem Wege der Erhaltung der erworbenen Zahl, zu beanspruchen. In der That ist die Sterblichkeit der Findlinge in Shanghai nur wenig über 20^{00} (Bericht von 1864), die zu St. Petersburg (Bericht über die letzten 3 Jahre) etwas über 30^{00} gewesen). Von Körper und Seelendiät künftig. —

Die Frage nach der Heimath der Syphilis liesse sich sonach viel bestimmter beantworten, wenn wir das Alter der Schrift kennten, die wir oben zitirt, und deren Verfasser und Jahreszahl noch nicht ermittelt sind. Ueber dieses Alter können wir nur mit etlichen Vermuthungen aufwarten; über den Punkt, ob *Ting* Syphilis bedeute, vermögen wir nur bei Darstellung der einzelnen Krankheiten, nebst Abbildungen, einzugehen.

Die Epoche Paou's bestimmen wir so: Es ist nirgends eine Anspielung auf moderne, medizinische Ansichten gegeben, weder des Morgenlandes, noch des Abendlandes; es sind Krankheiten, die in Europa erst vom 16ten Jahrhunderte an bekannt wurden, und in Paou beschrieben sind, nicht mit den Namen vorgeführt, welche man gegenwärtig diesen Krankheiten in China und seit schon langer Zeit beilegt. Alle Bilder der Sprache beziehen sich entweder auf uralte Dinge, oder auf so triviale Gegenstände des Umgangslebens, dass sie in jedem beliebigen Jahre des Alterthums konnten geschrieben sein, allein es fehlen ihnen leicht zugängliche Hülfsmittel neuerer Zeiten, die Sprache ist in Grössenbestimmungen äusserst unbeholfen, sie weiss sich besser Rath in Gewichts-

*) Unsere Statistik Paou's ergibt 12 gelinde und 55 2ten Grades, zusammen 67 gegen 42 3ten Grades in der 1sten Abtheilung des Werkes.

angaben; sie drückt sich in poetischer Weise aus, aber die Schrift bezieht sich auf eine vorangegangene, ärztliche Erfahrung, sie ist abgerundet in ihrer Form und Darstellung, streng dogmatisch, was Kissel für ein Zeichen des Alterthumes möchte gelten lassen, aber doch auf Voraussetzung einer Symptomatologie, einer Receptirkunde, nur nicht derjenigen, welche du Halde kennen lehrte, und welche viel mehr Ansprüche macht, einer Pharmakodynamik, einer allgemeinen Therapie und Apothekerkunst gegründet, — kann also keineswegs einem hohen Alterthume, wie der Chinese dies auffasst, angehören, sondern einer jüngeren Zeit. Paou spricht von Phönix und, obschon auch Tibetaner einen solchen („*Garuta*") haben, doch unter anderem Namen und in anderem Sinne. Beachten wir dies, so wie im Allgemeinen die grössere Kürze der Arzneiverordnungen, als die bei Dabry, so gelangen wir auf eine jüngere Zeit, die aber immerhin noch sehr alt sein kann. Folgendes sind unsere Ansichten, die antiquarisch allerdings noch zu bekräftigen wären. —

Paou spricht vom Schachbrette. Dieses findet man schon in den Hieroglyphen des ältesten Aegyptens; von goldenen oder bronzenen Zirkelstücken; sie kommen schon in der Odyssee also mindestens 1100 Jahre v. Chr., und eben so noch früher in ägyptischen Hieroglyphen vor; von Phönix. Dieser erschien am frühesten unter Sesostris in Aegypten, 1350 v. Chr., also lebte P. nicht vor dieser Zeit, ist nicht aus der Feder Hoangty's hervorgegangen, der, nach den bescheidensten Angaben, mindestens 1800 v. Chr. gewirkt hat. Unter Ptolemäus III., 221 v. Chr., kam Phönix das 4te (letzte) Mal aus Aegypten, d. h. um diese Zeit glaubte man noch an ihn und unser Buch konnte also noch nach 221 v. Chr. geschrieben sein. Immerhin würde es also auch nicht dem mittleren Alterthume China's angehören, könnte aber recht wohl vorhindostanisch-medizinisch sein, d. h. der Phönixbegriff war so früh, dass er nahe 550 Jahre früher noch einigen Bestand im Glauben hatte, als wirklicher Volksverkehr zwischen Chinesen und Hindu's eintrat. Wo ist der Phönixbegriff entstanden? Gleichgültig für uns. Altägypten, das, wie aber jetzt bezweifelt wird, den Sinesen die Schriftsprachanfänge sollte

mitgetheilt haben, bietet uns keine ärztliche Schrift, die nur im Entferntesten sich mit den Leistungen eines Paou messen könnte, und vor Allem fehlt ihm jener so überwiegende Reichthum pflanzlich-pharmakodynamischer Praxis, dem wir, vielleicht im höchsten Maasse bei den Siamesen, schon etwas weniger bei den Chinesen begegnen. China holte seine erste Heilkunde nicht aus Aegypten, nicht aus Hindostan, nicht von den Siamesen und nicht aus Tibet, noch viel weniger aus Griechenland, oder später gar von den Arabern. Es bildete sich diese Wissenschaft in seinem Gebiete, aus eigener Hand; sie ward verbessert von Paou's Verfasser. Diese Verbesserung trägt die Spuren einer alten Zeit, die zwischen 221 und vermuthlich noch früher, und 1350 fällt, da griechischer Einfluss bei ihr nicht merklich ist, aber, wie bemerkt, höchstens die Spur des sogenannten jungen, chinesischen Alterthums. Der Lehrsatz, milde Formen als primäre zu betrachten, würde, wenn er nicht schlüpfrig wäre, ein vortreffliches Argument der Altersbestimmung sein. Ein Land ist jung, das wenig primäre Formen besitzt. Es ist alt, wenn es nur primäre hat. Entwickelte Formen zeigen den Anfang seines Volksverkehres an; in einer solchen Zeit schon muss Paou gelebt haben.

Bemerken wir zum Schlusse, dass weder Gaubert, noch Simon in ihren Schriften, noch früher Rosenbaum oder sonst Jemand, ausser Dabry, die Chinesen in Betreff der Syphilis beachtet haben, so werden unsere Leser es billigen, dass wir uns dieses Gegenstandes mit einigen Einzelprüfungen annehmen werden.

Paou entwickelt allgemeine und spezial-pathologische Kenntnisse, setzt die Lehre von den Pulsen und deren Terminologie voraus, ebenso die Lehre von den 3 Durchgängen; aber äusserst wenig Anatomie, so dass man ihm kein Unrecht thut, ihn vor Ptolemäus III., vor Hippokrates und vielleicht zwischen den Letzteren und Amasis (525 v. Chr., 2te Erscheinung des Phönix in Aegypten) zu setzen, wenn man ihn als jung betrachten will. Hielte man trotz der von mir vorgebrachten Gründe ihn für alt, so müsste er 1350—525 v. Chr., aber nicht früher, gelebt haben.

Es hat mir geschienen, dass einige Male Paou, ohne es zu wissen, Pocken beschreibe, was nicht aus dem Worte *Tow*, sondern aus dem Symptomenkomplexe sich ergeben hat; denn *Tow* bedeutet nichts mehr und nichts weniger als Efflorezens, was auch Philologen dazu sagen mögen. Die Letzteren haben das Wort *Chwang* ganz eben so falsch gedeutet (als Geschwür) und, was wir von ihrer Uebersetzung *Ting* zu halten haben, kann der Leser erst aus dem Texte entnehmen. Wir haben es nicht mit Worten, sondern Begriffen und Ereignissen zu thun. Wann ist die Pockenimpfung der Chinesen bekannt geworden? Nach Lockhart, von Friedel citirter Meinung, nicht vor 1014 nach Chr. Paou spricht nicht von ihr, und ist gleichwohl ein gebildeter Arzt. Er musste vor 1014 gelebt haben. (Dass Hebra falsche Zeitangabe über Pockenimpfung macht, ist für mich entschieden. Uebrigens ist H. kein Kenner chinesischer Hautkrankheiten.)

Paou's Vortrag ist poetisch, seine Namengebung selbst ist poetisch, aber, seltsam genug, er benennt nur den geringsten Theil seiner Affektionen ($^1/_3$ ungefähr); die anderen werden beschrieben, uns ist es überlassen, chinesische, europäische, oder was sonst für Diagnose zu stellen.

Von Statistik lässt er nichts, geschweige den Reichthum der dabry'schen Autoren, merken.

Von Geschlecht spricht er äusserst selten, von äusseren Einflüssen nur das Auffallendste, von Standesbeschäftigungen gar nicht*). Seine Prognose ist kurz und bestimmt. Sie dient als eines der Haupteintheilungsmomente. Seine Therapie ist wie die modernste Richtung, im Wesentlichen ätiologisch, erst in 2ter Bedeutung symptomatisch. — Seine diagnostischen Grundsätze deutet er bloss an. Ihre Entwicklung ist unsere Arbeit, aber, indem wir sie geben sollen, glauben wir bemerken zu dürfen, dass sie nicht bloss ein wesentliches und bleibendes Moment ist, sondern, dass ihre weitere Kultur noch gedeihliche Erfolge verspricht. Wir werden baldigst auf sie eingehen. — Hier zuvörderst das:

*) Wir errathen aus dem doppelten Haarschopfe (Fig. 3) den Sklaven.

Inhaltsverzeichniss des *Paou ying.*

Grosse, weitmündige und schöne Sammlung von Plänen und Drachenregeln, Offenbarung. — Erklärung des Thema's.

1) Das Schema der 5 Umdrehungen.
   1a) Grosse 1000 Rathschläge.
2) Das Schema der 6 Einflüsse.
   2a) Besprechung von nur einem Zweige.
   2b) Die 5 Umdrehungen (Verwandlungen) der wichtigen, akuten Krankheiten.
   2c) 6 Einflüsse, 12 Klassen von Hauptkrankheiten.
   (Das Prinzip ist einfach dieses: Es gibt 6 krankheitserzeugende Ursachen, daher ihnen entsprechende Ordnungen von Krankheiten und hier insbesondere von Hautpusteln.)
   2d) Pustelursprung geprüft nach Anordnung.
3) Inneren Eingeweiden und Seiten zugesellte Ordnungen und Blutgefässe.
4) Schema. Wasser, Kälte, Einfluss feiner Agentien.
5) „ 5, den Eingeweiden und Seiten zugesellte Ordnungen.
6) Schema. Zusammengehörige Ordnungen und Gefässe, nach den 4 Jahreszeiten.
   (Die Gefässlehre ist hier nur schematisch angedeutet; in der umfangreichen Schrift *Me hjo* (Pulslehre) sehe ich keine Abbildungen; Friedel hat uns keine Auskunft über diesen Zweig chinesischer Anschauungen mitgebracht, Dabry allein hat den Gegenstand vielfach aufgeklärt, aber nicht erschöpfend behandelt und die hier vorkommenden Schemen nicht gekannt. — (*Öll ya yin t'a*, angeblich uralt, stellt (edit. 1801) die Cirkulation dar. *Chuan di nei zsin* angeblich ältestes anatomisches Werk.)
   6a) Feststellung des Ursprunges vom Aussehen der 5 Eingeweide.
   6b) Die 5 Hindernisse des Lebens.
   6c) Die Ueberwindung der 5 Hindernisse.

6d) Unterscheide die 4 kleineren, hervorbrechenden Pusteln, gelinde und hartnäckige.
Im Texte werden nur 2 beschrieben (einzige Untreue).

6e) Rath für Pustelausschläge. — (Das Wort *Tow* bedeutet zwar Pustel, Pocke, wird aber als allgemeine Bezeichnung für jede Art Hauteruption gebraucht; *tow chwang* nicht Pockengeschwür, sondern Pockenpustel.)

6f) Pustelausschlages Entstehen und Hervorspringen (Entwicklung); unterscheide gelinde, schwierige und hartnäckige 3 Krankheiten, günstige und ungünstige.

6g) Pustelausschlages Ende und Beginn, gelinde, schwierige und hartnäckige, 3 Ordnungen u. s. w.

6h) Pustelausschlages Erhebung, Herabfliessen und Umkehrung, gelinde, schwierige u. s. w.

6i) Pustelausschlages Ausfliessen und Dickfliessen, gelinde u. s. w.

(Der Chinese erwähnt hier stets Dimensionen in ganz allgemeinen, auf kein bürgerl. Maass Bezug nehmenden Ausdrücken. Es wäre ein Gewinn gewesen, hätte Friedel bei seinem Aufenthalte in China, sich um solche Dinge bekümmert und uns nicht gesagt, dass es in Shanghai eine Klinik für arme Kranke gebe, an der 8—9 eingeborene Aerzte 5tägig eine Art Poliklinik abhalten, und dann oft 3—500 Kranke versammelt hätten, sondern statt dessen mitgetheilt, was in diesen Kliniken gelehrt, genannt, bezeichnet, wie mit den Kranken umgegangen, was jetzt beobachtet wird und ehemals war; dies hätte nützliche Wissbegierde aufgeklärt und erfreulicher gewirkt, als die trockenen Erzählungen von dem fabrikmässigen Betriebe der Praxis durch Fremde, die nur ihr winziges Ich im Auge haben und im fremden Lande eine unrechtmässige und ausgedehnte Praxis erringen, die sie in der Heimath zu erwerben nicht fähig sind.

Kenntniss des Alten ist der sichere Pfad zum Fortschritte und Erwerbe von Neuem.)

6k) Pustelausschlages Erhebung und Anfüllung, gelinde, schwere und hartnäckige 3 Krankheiten.

7) Schema. Das ganze Gesicht geprüft, bezüglich seiner für Pusteln günstigen und ungünstigen Oerter.

7a) Jeder Ordnung Platz, Hervorkommen und Anfang von Pusteln.

7b) Der 5 Eingeweide Formen, Ansehen, Anordnung. Vergleichung des Gesetzes.

7c) 5 Eingeweide zu 6 verschiedenen Seiten gehörig. Schlusswort.

7d) 3 Tiefen und 3 Höhen zusammengehörig. Schlusswort.

8) Anschauung von der Zusammengehörigkeit der entsprechenden Körpertheile.

9) Diagramme des Gesammtgesichtes.

(Sie sind vom Kaiser Fuh-he, also in dem ältesten Alterthume, *Schangkoò*, erfunden und stellen ganze, oder getheilte Linien vor. Solcher Figuren 8mal 8 genommen = 64, waren angeblich zum Wahrsagen. Sie sollen die Anfänge der Buchstaben gewesen und von der Schildkrötenschale abstrahirt worden sein. Unser Verfasser hat sie, doch mit nicht beständigen Bezeichnungen, auf 3 verschiedenen, grösseren und kleineren Köpfen dargestellt, zwischen die Hauptdiagramme Nebendiagramme eingeschoben und sie zur Lokalisationsangabe der Pusteln benutzt. Solchergestalt erhalten sie für uns eine, theils anatomische, theils pathologische und selbst semiotisch verwerthbare Begründung, können übrigens weiter aus dem Buche der Diagramme erlernt werden, dessen Studium einen besonderen Zweig für den Studirenden bildet. *Tung y pao kian's* Geschtsdgr. weicht etwas ab.)

10) Anschauung des Ohres.

10a) Schlusswort über das feine Ohrgewebe.

11) Anschauung des Handtellers.

(Dieser Theil spielt nur sehr selten eine Rolle bei den Ausschlägen.) Vgl. *Tung y pao kian.*

11a) Schlusswort über die Hand gesammelt.

12) Anschauung des Beines.

12a) Schlusswort über das Bein gesammelt. —

Von nun an beginnt die Aufzählung der speziellen, durch Beispiele belegten Ausschläge. — Dies ist der uns zunächst interessirende Theil.

Die von Friedel bei Chinesen theils beobachteten, theils in Erfahrung durch die Missionsärzte gebrachten, aber nicht chinesisch von ihm genannten Hautausschläge betragen etwa 35, dazu die in Bangkok, der Hauptstadt von Siam, beobachtete Pachydermie, so dass sie unsern Schriftsteller, der über das Fünffache dieser Summe aufzählt und von altem Datum stammt, auch dann nicht überflüssig macht, wenn Paou selbst Stadien, oder Varietäten für Spezies sollte aufgeführt haben. Friedel nennt ohne Angabe eines Alters:

Acne, Anthrax, Ekzem, Ekthym, Elephantiasis simplex, Erysipelas, Erythem, Favus, Framboesia, Herpes, Ichthyosis, Impetigo, Keloid, Lepra anaesthetica, mutilans und orientalis, Lichen simplex und circinnatus, Lupus serpiginosus, Mentagra, Molluscum, Morbilli (1835—59 kam nicht mehr als 1 Fall zu Canton im Missionshospitale vor, was aber Herrn Friedel zu keiner weiteren Nachfrage bewogen hat), Pemphigus, Pityriasis, Pompholix, Porrigo decalvans, Prurigo, Psoriasis, Purpura, Rubeola, Roseola, Scabies, Urticaria, Vitiligo, Zoster und nicht benannte Krankheiten der Kopfhaut. — Ausserdem Fungus hämatodes bulbi und Carcinom.

„Die Bläschenausschläge", so bemerkt er, „sind selten; Knötchen- und Schuppenformen vorherrschend". Ob dies mit chinesischen Erfahrungen übereinstimme, wird Paou uns lehren. Friedel hatte, wie es scheint, nur mit Armenpraxis zu thun und keine Erfahrung bei höheren Ständen gesammelt, daher gewinnt die Statistik durch seine Erfahrungen, die ohne die nöthigen Vorstudien aufgehäuft wurden, leider nichts. Selbst die Nachrichten, dass Hautkrankheiten im kälteren Shanghai häufiger und hartnäckiger, wegen der lange Zeit hindurch getragenen und sich verunreinigenden Winterkleider und der Scheu vor dem Wasser, — Lepra öfter in Canton, als in Shanghai und Geschwülste überwiegend im Süden seien, helfen zu nichts, weil sie durch viel zu wenig That-

sachen erhärtet werden. Eine gehörige Darstellung der Bekleidung ist er uns ebenfalls schuldig geblieben. —

13) Anschauung der bunten Seide. *Kin wan.*
14) „ von Tiegerbartgeschwüren. *Hoo sü ting.*
15) „ des *T'hëen t'hing* (an einem Sklaven).
16) „ bis unter das Kinn reichend. *To hae.*
17) „ Anhäufung der hässlichen Pocken (Pusteln). *Yun ye.*
18) Anschauung. *T'hëen t'hing* wolkig ergriffen. *T'hëen t'hing yun ye.*
19) „ *T'hëen t'hing* wolkig ergriffen bis unter das Kinn. *T'hëen t'hing yun ye to-hae.*
20) „ Mittelmässig gekrümmte Gesichtsseitenausschläge. *Pe keu sae ting.*
21) „ Teichschneckenpusteln. *Pwan chay tow.*
22) „ Spiegelpusteln. *Tsung king tow.*
23) „ Ein paar Blattern, die den Gesichtsseiten anhaften. *Shwang keu saë ting.*
24) „ An den Gesichtsseiten haftende, böse Krankheit. *Këa sae.*
25) „ Solitärpustelordnung. *So tsing tow.*
26) „ junge Rummelskäferpusteln. *Hëe sze tow.*
27) „ Niedrige Solitärmundpusteln. *Pe so tow k'how ting.*
27a) Ein paar bedenkliche Solitarmundpusteln. *So k'how Ting.*
28) „ Starke Tiegerpusteln. *Hwan hoo tow.*
29) „ Vorzüglich grosse Pusteln. *Chwang yuen tow.*
30) „ (Gelbl.) schwarze, hohe Pusteln. *Heuen kew tow.*
31) „ Bedeckende Kesselpusteln. *Fuh too tow.*
32) „ Knochengeschwüre. *Kwuh ting.*
33) „ Bedenkliche Schlundgeschwüre. *Chen how ting.*
34) „ Eine Menge zarter Pusteln. *Sze Ch'he tow.*
35) „ Aufgerollte, grosse Mundpusteln. *Keuen o tow.*
36) „ Beginn des Ausschlages zu sehen.

36a) Fünf Arten Hindernisse für's Leben. (Hinderniss bedeutet so viel wie Schädlichkeit, bisweilen fremde Körper, Anhäufung von Sekret, das den freien Weg verstopft u. dgl., kurz Krankheitsursache.)

1) Witterung hindert. Unterscheide gelinde und hartnäckige Pusteln.

2) Pustulösen Ausschlages Beginn, gelinde und schwierige 3 Krankheiten.

3) Pustulösen Ausschlages Ende, richtiges vor sich Gehen; Hinderniss ist hartnäckig, 3 Krankheiten.

Hiernach würden Stadien als Krankheiten zählen, was Dabry uns nicht erkennen liess.

4) Pustulöser Ausschlag, sich erhebend, kehrt um das Normale.

5) Pustulöser Ausschlag, angehäuft, hinreichend gelind.

6) Pustulöser Ausschlag, zusammengedrängt. Anschauung. Am Blutgefässplatze beginnen die Pusteln. Besungen.

Also wesentlich von der romberg'schen, durch v. Bärensprung weiter verfolgten, verschiedene Theorie.

36b) Fünf Eingeweide, nach Form und Ansehen.

Schlusswort über den Bezug der 5 Eingeweide und der 6 Seiten. Schlossplätze; dann 3 hohe.

37) Schema, um die Stellung des ersten Ausschlagsbeginnes zu zeigen. *Chuh Chin ch'hoo sëen tow.*

38) Anschauung von Pustelausschlagentstehung, nachfolgender Gesang. *Chuh chin tszę sëen.*

38a) 12 Arten. Formen und Anschauung günstiger Pusteln. Gesang.

α) *Ying hëa hung.* (Muss hellroth beginnen.)

β) *Ke kwan hung* (der Hahn hat eine hellrothe Kappe).
γ) *Tsze hwa hung* (hellrothe Purpurblume).
δ) *T'haoù hwa hung* (hellrothe Pfirsichblüthe).
ε) *Tan sha hung* (hellrothe Cochenille).
ζ) *Hëen ting pih* (weisse Knospenspitze).
η) *Chin Ch'hoo hing* (werthvolle Perlenform).
ϑ) *Choo yu hing* (Pfefferkrautstengelform).
(Satureja hortensis; Origanum Maru (in Kreta und Palästina einheimisch) und das von griechischen Aerzten gegen Hautkrankheiten angewandte Lepidium latifolium führen den Namen Pfefferkraut; nicht zu verwechseln mit dem Pfefferstrauche (Xanthoxylum piperitum), dessen Blätter mit Reismehl, in Japan und Indien als Rubefaciens dienen (Schinus molle, desselben Namens, ist peruanisch).
ι) *Tsan tsze hing* (junge Seidenwurmform).
κ) *Wei k'he hing* (einschliessende Schachspielform).
λ) *Tow k'he hing* (Pockenwurzelform).
μ) *T'haou wei choo* (Farrnkrautform).

38b) Acht Arten von schlechtem Aussehen der Pusteln. Gesang.
α) *Woo ya pan* (buntscheckige, kleine Krähe).
β) *Tszè cha pan* (purpurne Sandkrähe).
γ) *Yun t'how pan* (wolkige Kopfkrähe).
δ) *Wan tsaou pan* (Moskitos und Fliegen).
ε) *Tsze ping chwang* (purpurnes Wasserlinsengeschwür).
ζ) *Pih ping hing* (weisse Wasserlinsenform).
η) *Tseïh ping chwang* (rothes Wasserlinsengeschwür).
ϑ) *Lëen jùh hing* (Nachher wird das Fleisch roth).

38c) Dreizehn Arten ausserordentlich schlechter und bösartiger Pustelgeschwüre. Rath.

α) *Yun chay T'hēen t'hing ching* (die die Stirnglatze treffende Krankheit *Yun chay*, wolkige Unterbrechung).

β) *Neaoù sha lo gih ching* (die Krankheit Vogelsandabfallen vom Stirnhöcker).

γ) *Hwug p'ho yin t'hang chìng* (die die Nasenwurzel besetzende Krankheit *Hwuy p'ho*).

δ) *Hih sha fei heung ching* (die Krankheit schwarzes Hinderniss, der Brust hinderlich).

ε) *Tseih ping kwei ting ching* (die Krankheit rothe Wasserlinse hervorragend an der Spitze).

ζ) *Neaoù shà kae ting ching* (die Krankheit Abfallen des Vogelsandes vom Rücken).

η) *Hing shà fuh mëen ching* (die Krankheit hellrother Sand, der über das Gesicht streift).

ϑ) *Neaoù shà kae ting ching* (die Krankheit Vogelsand den Gipfel bedeckend).

ι) *Tseih sing ch'huen fuh ching* (die Krankheit: eine rothe Fischschuppe ein Loch bohrend in den Leib).

κ) *Hih k'he fei k'heuh ching* (die Krankheit: Schwarzes Schachbrettviereckhinderniss.)

λ) *Yang kwa peaou mëen ching* (die Krankheit: Weidenblüthenkätzchen das Gesicht befallend).

μ) *Pih le t'ho fuh ching.* Die Krankheit *Pih le* (weisse Birne) (h. auch die zerfallende Frucht) zerstörend den Leib. (Die in Oesterreich kultivirte Schneebirne Pyrus nivalis kann nicht als Beispiel gedient haben.)

ν) *Yang hwa yin che ching* (die Krankheit: kleiner Weidenblüthenzweig.)

Schon die Titel dieser 13 Arten, die an arabische Bezeichnungsmethode erinnern, sind zu auffallend, als dass sie uns nicht einige Abstractionen abnöthigen sollten. 11 der 13 sind entschieden örtlich aufgefasst. Ausschläge, welche Stirn, Nase, Gesicht, Gipfel (Scheitel, Oberkopf),

Brust, Leib, oder Rücken befallen, alle diese aber ohne logische Ordnung zusammengestellt; die 3 *Neaoù shàs* sogar getrennt von einander, was uns allerdings glauben macht, der tiedemann'sche Befund sei nicht ohne Bedeutung. 2 (ϰ und ν) sind nach der Form gekennzeichnet; 2 befallen den Leib (ι und μ); von ihnen die eine (ι) als Ichthyose angedeutet, merkwürdig durch den Umstand, dass das Zeichen der Fischschuppe dem des Hornes so ähnlich ist, dass es, bei den häufig vorkommenden Druckfehlern, mit ihm verwechselt werden kann. Wir hatten deshalb anfangs geglaubt, eine Hornbildung vor uns zu haben, allein der Umstand, dass weder Villeneuve, noch seine Nachfolger, so wenig wie seine Vorgänger, von einer Hornbildnng am Leibe sprechen, ob es gleich allgemein heisst, die jetzt Keratose genannte Hornbildung könne jeden Körpertheil befallen, — allerdings nach nicht viel über 150 Beobachtungen beurtheilt, — wies ohne Weiteres jene Annahme zurück. Der Zusatz Schuppe, der uns später erst klar wurde, schien für den Zustand der Ichthyose zu sprechen und doch ist durch das bildliche Zeichen dieselbe dem Chinesen so nahe, wie den modernen Anatomen stehend. Ob diese Nähe sich halten werde, nehmen wir nicht über uns, zu versichern. Leider sind allerdings die Nachrichten Paou *yings*, die wir unten anführen, zu kurz, um gewiss darüber zu werden, ob er, wie bei Entwerfung des Zeichens, so bei etwaiger Beobachtung, an den Zusammenhang der Schuppen- und Hornkrankheit gedacht haben könne. Spezies der Ichthyosis, etwa Alibert's cornea (hart wie Horn genannt), beschreibt Paou nicht. Wir werden mit ein paar Worten darauf zurück kommen. — Die Krankheit findet sich auch gegenwärtig an Chinesen, aber wohl nicht häufig, da im Shanghaer Missionshospitale nur 10 Fälle in den Jahren 1844—60 vorsprachen, so dass 4 auf 1845—46, 6 auf 1860, keiner auf die anderen 11 Jahre traf; der Hornbildung ist für jenen Zeitraum gar nicht gedacht. Für Canton (3te Hauptstadt des Landes) werden vom Jahre 1835—49, mit Ausschluss von 1841, also in nahe 13 Jahren, auch nur 10 Ichthyotische gezählt; für Amoy, Futschau, Ningpo, Hongkong und Macao, die immer noch ziemliche Einwohnerzahlen be-

sitzen, gehen wir leer aus. Auf welche Nationalität die 7 Ichthyotischen von 1835 in dem noch kein Jahrhundert alten, aber schon von mehr als $^1/_2$ Million Menschen, also rascher, als selbst irgend eine amerikanische Stadt, bevölkerten Bangkok treffen, ist nicht zu ersehen; 1836 — 44 weisen keinen Ichthyotischen auf. Bangkok zählt nahezu $^2/_5$ Einwohner als Chinesen und nur etwas über $^1/_2$ so viel Siamesen, deren Hautkultur gelobt wird. Auf wessen Antheil kam nun dort die Fischschuppenkrankheit? Schützte die Curcumabestreichung den siamesischen Kindeskörper?

Ob die Schuppe der 38) von einer anderen Krankheit, als Ichthyose komme, erläutern wir bei dem entsprechenden Texte. Das Verzeichniss schliesst nun ab mit

39) Schlusswort. Eintheilung der Pusteln in 20 Klassen, Anordnung und Beispiel. —

Diese 20 Klassen erhalten keine Namen, sondern werden nur beschrieben. —

Man wird jetzt von uns zu wissen verlangen, wie gross hiernach die Anzahl der Hautkrankheiten anzunehmen sei? Dieses können wir aber erst nach Diskussion der einzelnen Abschnitte zu bestimmen versuchen, da man bei den in 189 Paragraphen beschriebenen Krankheiten zu Reduktionen genöthigt sein wird.

Es ist keinem Zweifel unterworfen, dass die Originalmittheilungen eines wahrscheinlich alten Chinesen der ärztlichen Praxis von Nutzen sein werden. Kürze der Sprache, Beschränkung auf das Wesentlichste, lebendige Darstellung, bündige Aetiologie, Diagnose nicht aus einem, sondern aus beliebig welchen Mitteln, sei es kombinirt, sei es vereinzelt, innere Therapie mit wenigen Substanzen, ätiologisch und symptomatologisch gehandhabt, die Kunst, Vieles und systematisch Durchdachtes aus geringfügigen Vorkenntnissen aufzubauen und daher in neuen Fällen und Formen sich durch einmal angenommene Grundsätze fortzuhelfen, sind Dinge, welche jetzt noch am Krankenbette vortheilhaft sind, wie schwer es auch, bei mehr Einzelkenntnissen, zu erfüllen ist. Vor Allem aber will ein Jeder erfahren, ob es heilende Kunst oder Diätetik ist, welcher das glückliche Gedeihen des Volkes Viel,

oder Etwas zu verdanken habe, und wo wir China's grössere Vermehrung und vielleicht geringere Sterblichkeit der Kinderwelt zu suchen haben. Diese Fragen lassen sich nicht aus sparsamen, dabei nicht immer zuverlässigen, nicht immer mit erforderlicher Sachkenntniss gegebenen Mittheilungen der Reisenden entnehmen. Wir müssen selbst uns zu den schwierig verständlichen, poetischen Schriftstellern chinesischer Vergangenheit begeben, wir müssen selbst mit kühlem Blute die Belehrungen der gelehrten und hochverdienten, englischen Gelehrten anhören, wir dürfen nicht vergessen, dass Dabry Europa in dem dunkelsten und selbst Preussen verschlossenen Gebiete die Leuchte vorgetragen hat, wenn gleich dieselbe uns nicht so erhellt, um alles Wünschenswerthe zu sehen, dem Verdienste aber des unsterblichen Monarchen unseres Vaterlandes, der gediegene Quellen für solche Studien eröffnet hat, jederzeit in unserem Herzen Rechnung tragen. Und so will ich meine Leser in den Stand setzen, ihr eigenes Urtheil über die allerhand Meinungen von China's Arzneikunde, durch Auswahl eines kleinen Themas, das ich bloss auszugsweise geben kann, zu bilden. — Nun zuvor noch der

Inhalt des zweiten Hauptwerkes über Kinderkrankheiten:

1) Belehrung über den *Tseen ke* Pustelausschlag.
2) „ „ „ *Ch'hin ke* „ (anordnenden Einfluss).
3) Belehrung über das fleischrothe *Khe san* (*tsan*) (eintretendes Bächlein).
4) Belehrung über *Sĕ̈ leïh*. Grosse Uebereinstimmung in der gleichmässigen Vertheilung des Pustelausschlages.
5) Belehrung über *Wei kwei*. Eminente Familie von (günstigen (?)), hartnäckigen, normalen und schwierigen, 3 Ordnungen.
6) Belehrung über *Ung chung*. Davonfliegen und 2ten Emporkommen der Pusteln.
7) Belehrung über Pustelausschlag festhaltend am Ursprunge.

8) Belehrung, über 6 hernach angekündigte Untersuchungen.
9) Die äussere Begrenzung des Leeren und Vollen.
10) Der Einfluss des leeren und vollen Blutes.
11) Leer kündigt das folgende Hinderniss an: Belehrung.
12) „ „ „ „ Volle an. „
13) „ „ „ sich ähnlich dem Vollen an. „
14) Voll „ „ „ „ Erschöpften an. „
15) Hitze (Fieber) kündigt sich an und erschöpft reichlich. Belehrung.
16) Böses folgt reichlich. Belehrung.
17) Wasser an den unteren (Theilen des Körpers). Belehrung.
18) Ortseinfluss (*So kan*) leichter und schwerer. Belehrung.
19) Wegschmelzen, Verwunden und Wiederaufleben. Belehrung.
20) Kopf und Schwanz. (*Yuen wei*) Sinn: Von Kopf bis Zehen.
21) Es bricht Hitze hervor.
22) Schwarze Flecke sind zu sehen.
23) Am ganzen Platze sind schwarze Flecke zu sehen.
24) Es kommt Leibschwellung hervor.
25) Es fliesst dickflüssig.
26) Es erfasst schön.
27) Abtrennung der Kruste.
28) Einsinken und Prostration.
29) Es kehrt um ein im Centrum schwarzer Fleck (oder schwarzer Fleck im Gesichte).
30) Es kommt bunt an.
31) Gelbe *Pans'* (*shingles* Schindeln, Theile. Rothlauf um die Lenden).
32) Bunt verbrannt.
33) Trinken und Essen.
34) Erbrechen und Purgiren.
35) Leibschmerz.
36) Leibschwellung.
37) Lendenschmerz. Dieses Kapitel schliesst mit den

Worten: Diese entstehen nicht 7 frühe Morgen, dann Tod. (Sinn: Tod vor Ablauf von 7 Tagen.)

38) Die beiden Schicklichen geheim und rauh.
39) Der Stuhl geheim.
40) Der rauhe Urin (*neĭh sih*).
41) Diarrhoe. *Le.*
42) Purgieren und Schmerz (*heŭh*).
43) Aufstossen (Eructation) und kurzer Athem *(kaé ch'huen)*.
44) Thränen und Speicheln. (*T'he t'ho tschung.*)
45) Das Schlingen (*yen how*).
46) Wasser nippen (*Thsëang shwuy*).
47) Fehlerhafter Ton (Stimme).
48) Kälte. Schauern (*Chen*) und Zähneknirschen.
49) Es bricht Schaum aus.
50) Es bricht Jucken hervor. (Die Krankheit wird von Wind hergeleitet.)
51) Es kommt Durst an.
52) *Fan tsaòu* (rasch gehender Kopfschmerz).
53) Wasser entsteht, vorher Verdunklung und Undeutlichkeit.
54) Fehlerhaftes Blut.
55) Körperschmerz.
56) Kopf und Gesicht.
57) Erstes Prinzip (*Ching gih*).
58) Hand und Fuss.
59) Schwellung der Zunge.
60) Das Auge.
61) Das übrige Böse.
62) *Foo jin.* Weiber im Allgemeinen.
63) Am Wangenknochen oben hervorkommt.
64) Pustelform. Pustelgeschwür (Pockenpustel) fixirt sich.
65) Unterscheidung der Pusteln. (glückliche und unglückliche).
66) Ankündigung des Hartnäckigen.
67) Besprechung der Ankündigung.
68) Warne, fürchte.
69) Rath über die Ansammlung der Hanfpustel (*Ma chin*).

Ma chin, heisst es dort, erscheint an Hand und Fuss, am übermässig Tiefen und hohen Hellen, 2en Ordnungen:

ursprünglich, erhitzten Ortes. Es bricht hervor an der kleinen Gestalt (dem Kinde), angehäuft und viel. Ist am grossen Menschen ebenfalls eine Zeitlang.

70) 40 Gesetze über Anordnung und Heilung.

71) Beginn des *Ma chin.* *Ma chin* gehört zu denen, die Schwellung erwarten. (Es ergibt sich, dass *M. ch.* Masern bedeutet.)

72) Form und Ansehen des *Ma chin.* (Sonst auch für Scharlach erklärt.)

73) Hanfausschlag und Ausfluss. *Ma chin le.*

74) Wasserpustel.

75) *Foo Ch'hung tow shwo.* Erklärung der befestigten, dicken Pustel (bespricht Pockenimpfung *Ch. t.* bei Knaben und Mädchen und ihren Ursprung. —)

So im 12ten Buche des *Tschang schih yi t'ung, Tschang schih's* gesammte Heilkunde (Abschnitt über Kinderkrankheiten), verfasst von *Tschang lu yü* aus *Su tscheu fu* in *Kiang nan* und 1695 mit einer Vorrede von ihm versehen; herausgegeben von seinem Sohne 1705 und dem Kaiser gewidmet. Vorliegende Ausgabe ist vom Jahre 1709 nach Schott.

So jung daher diese Schrift ist, so bespricht sie doch, trotz ihres viel grösseren Umfanges als Paou's Arbeit, und obschon sie sich für eine vollständige Compilation aller Vorgänger ausgibt, mit keiner Silbe die Syphilis unter dem Ausdrucke *Ting,* also wird selbst Ende des 17ten Jahrhunderts die Syphilis der Kinderwelt noch von keiner erheblichen Ausdehnung gewesen sein. — Im Uebrigen lehrt der blosse Ueberblick, dass Tartarinoff's Behauptung, die chinesischen, medizinischen Schriften seien alle, ihrem Inhalte nach, identisch, ganz aus der Luft gegriffen, oder höchstens durch schlechte Dolmetscher ihm beigebracht sei. Paou unterscheidet sich durch Systematik von Tschang scheu ausserordentlich vortheilhaft, obschon dieser seinen Stoff mit weit mehr Einzelheit zu schreiben scheint. Paou ist aber concinn und prägnant in seinen Bildern, Tschang scheu ist weitläufig, ahmt nach, und entbehrt der Originalität.

Obwohl Tschang scheu sich rühmt, Alles vor seiner

Zeit in China Geschriebene gelesen und mitgetheilt zu haben, so sind doch die Phänomene des Gehöres, wie man sieht, nicht in besonderen Kapiteln beachtet, und ist, auch in dieser Beziehung Paou ganz originell geblieben.

Wie wenig endlich auf die Bedeutung „syphilitisch" von *Ting* zu geben sei, erhellt aus meiner Erfahrung, dass es auch (Masern) efflorescenz bedeutet.

Zusatz zu meiner vorigen Abhandlung:

Trotz meiner Erläuterung über Polycorie ist Prof. Alfred Gräfe in den Irrthum verfallen, wieder Polycorie (9fache Pupillen) anzunehmen!

Zu S. 198 Z. 7 v. oben: *Tschang scheu* spricht eben so von „Maserngeschwür", was man wohl auch nur als Maserneffloreseenz deuten kann.

Erlebnisse aus der Kinderpraxis.

Von Sanitätsrath Dr. Joseph Bierbaum.

I. Hirnerschütterung.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass das Niederstürzen der Kinder, so oft es auch in dem frühen Lebensabschnitte vorkommt, im Ganzen nur selten üble Folgen veranlasst, sondern in der Mehrzahl der Fälle glücklich vorübergeht. Jedoch habe ich auch oft genug die verschiedenartigsten Verletzungen, von den leichtesten bis zu den schwersten Graden zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Ein 15 Monate alter kräftiger Knabe fiel auf das Strassenpflaster und bekam auf dem rechten Stirnbeine eine 1 Zoll lange, stark klaffende, fast bis auf das Periost dringende Wunde. Hirnzufälle traten nicht ein. Die Wunde wurde gleich mit Nadeln vereinigt und heilte per primam intentionem und liess eine kaum sichtbare Narbe zurück. Eben so rasch gelang die Heilung bei einem 2 Jahre 6 Monate alten Kinde,

welches auf den Hausflur niederstürzte und über der Nasenwurzel eine ganz ähnliche Wunde erhielt. Die blutige Vereinigung dieser und ähnlicher Wunden bewirkt viel sicherer und schneller Heilung, als die Anwendung von Heftpflasterstreifen. Dies lehrte unter Anderen wieder ein Fall bei einem 3jährigen Knaben, der auf dem rechten Stirnbeine eine fast $1^1/_2$ Zoll lange, bis auf das Periost dringende Wunde hatte. Die Mutter lehnte die blutige Vereinigung ab. Längere Eiterung war die Folge. Bei einem 6jährigen Knaben trat, ungeachtet der sofortigen Vereinigung einer senkrechten Stirnwunde mittelst drei Nadeln, Eiterung ein. Während der Vereinigung trat ein Eklampsieanfall ein.

Doch dies sei nur im Vorbeigehen angeführt. Kommen wir auf den mitzutheilenden Fall zurück, der wahrlich mehr als glücklich ablief.

Erster Fall. — Ein beinahe 2 Jahre altes Mädchen setzte sich auf einen Stuhl an das Fenster, sah auf die Gasse und stürzte über 20 Fuss hoch auf das Strassenpflaster. Die Kleider waren zerrissen und hatten sich über den Kopf und das Gesicht geschlagen und wahrscheinlich an dem vorspringenden Fleischhaken des Thürpfostens gefangen. Das Kind lag betäubt da, Blut floss aus dem rechten Nasenloche und aus dem Munde. Erst 5 Stunden nach dem Falle sah ich das Kind, nachdem ich von einem Kranken auf dem Lande zurückgekehrt. Die Betäubung dauerte noch fort und wurde durch die Untersuchung der verschiedenen Körpertheile nicht unterbrochen. Das linke obere und untere Augenlid und die diesseitige Wange waren sehr aufgeschwollen und mit dunklem Blute unterlaufen, das betreffende Auge liess sich der Geschwulst halber nicht öffnen; die rechte Wange war ebenfalls aufgetrieben und fühlte sich prall an, aber zeigte keine Blutunterlaufung. Die Oberlippe war geschwellt und das Zahnfleisch am Oberkiefer in der Falte zerrissen. Sonstige Verletzungen trafen sich weder am Kopfe, noch an den übrigen Körpertheilen. Erbrechen fehlte, der Urin floss unwillkürlich ab, die Temperatur der Haut war eher gesunken, als

erhöht, der Puls kaum gereizt, die Respiration ruhig. Der Kopf und das Gesicht wurden mit kalten Aufschlägen belegt.

Am nächstfolgenden Morgen hatte sich der Zustand schon entschieden gebessert. Die Schlummersucht war nicht mehr anhaltend, wenn gleich sie auch noch vorherrschend blieb, sondern wechselte mit Wachsein und wurde dann keine Sinnesverwirrung wahrgenommen. Aus der rechten Nasenöffnung erfolgte noch ein blutiger Ausfluss. Die rechte Wange war viel stärker geschwollen und praller gespannt, als die linke, und das rechte Auge konnte noch nicht geöffnet werden. Später fand sich unter der Bindehaut eine starke Blutunterlaufung. Eine Stuhlausleerung trat ein. Im weiteren Verlaufe des Tages verlangte das Kind aus der Wiege, stand auf, lief munter in der Stube auf und ab und beschäftigte sich mit seinen Spielsachen. Kurz, am vierten Tage konnte das Kind als Konvaleszentin entlassen werden, und wurde die Genesung durch keine konsekutiven Zufälle gestört. Die Mixtura vulneraria acida bethätigte auf die Anschwellung und Blutunterlaufung eine äusserst rasche Heilwirkung.

Zweiter Fall. — Ein beinahe 6 Jahre alter kräftiger und gesunder Knabe kam Abends um 8 Uhr mit seiner Mutter in meine Wohnung, um sich eine Kopfwunde, die durch das Aufschlagen eines schweren Schiffhakens verursacht worden, verbinden zu lassen. Die Hirnerschütterung war bald wieder vorübergegangen. Der Knabe sah blass aus, und klagte mehr über Kopfschmerzen, als über Schwindel und andere Zufälle. Auf dem oberen und hinteren Theile des Kopfes befand sich eine fast zwei Zoll lange, klaffende Querwunde, die fühl- und sichtbar bis auf den Knochen drang, ohne dass jedoch derselbe irgendwie verletzt war. Die Wunde hatte stark geblutet. In der Mitte war das Periost unverletzt geblieben, dagegen unter dem vorderen und hinteren Wundlappen zerrissen und in weiter Ausdehnung losgetrennt und rückwärts gezogen. Der Knabe verhielt sich beim Verbinden recht standhaft. Die nächste Nacht verlief unter grosser Unruhe und Delirien. Am folgenden Morgen erfolgte einmal Erbrechen und später Frösteln, die Temperatur der Haut war,

mit Ausnahme des Kopfes, erniedrigt, der Puls gereizt, härtlich zusammengezogen, das Gesicht blass, die Zunge rein, Stuhl eingetreten, der Kopf schmerzhaft. Um die Mittagszeit erschienen Konvulsionen, und nach ihrer Beendigung trat ein komatöser Zustand ein, aus dem sich der Knabe nicht aufwecken liess. Er knirschte bisweilen mit den Zähnen und benahm sich unruhig, schlug mit den Armen aufwärts nach dem Kopfe oder legte sie quer über denselben, warf sich gewaltsam auf die rechte Seite, biss beim Darreichen der Arzneien und Getränke die Zähne fest auf einander und liess Stuhl und Urin unwillkürlich unter sich gehen. Abends 7 Uhr dauerte die Schlafsucht noch fort, der Kopf fühlte sich auf dem Scheitel viel wärmer an, als die Stirn, während die Temperatur an den übrigen Körpertheilen nur mässig erhöht war. Die Augen waren ganz geschlossen und die Pupillen zusammengezogen, das Athemholen mühsam und der Puls sehr beschleunigt. Neben den kalten Fomenten wurden an jeden Mastoidfortsatz drei Blutegel gesetzt. Einige Stunden später erfolgte gleichzeitig Erbrechen und Stuhl, und bald nachher kehrte das Bewusstsein vollständig zurück. Der Knabe schlief die nächstkommende Nacht ganz ruhig, wachte verständig und munter am Morgen auf und blieb von ferneren Hirnzufällen verschont. Die schnelle Vereinigung misslang, die Wunde heilte aber doch rasch durch Eiterung.

Die gleich eintretende Bewusstlosigkeit und die etwa 24 Stunden anhaltende tiefe Schlafsucht deuten darauf hin, dass der Sturz des kleinen Mädchens aus einer so bedeutenden Höhe mehr als eine einfache Hirnerschütterung verursacht habe. Man darf wohl annehmen, dass zugleich eine Gefässzerreissung und ein Blutaustritt stattfand. Erwägt man aber, wie schnell die Hirnzufälle schwanden, so darf man wohl schliessen, dass das Extravasat von keiner besonderen Erheblichkeit sein konnte.

Bei dem Knaben war die Hirnerschütterung bald vorübergehend. Dagegen traten nächtliche Unruhe, Delirien, Erbrechen, Frösteln, Kopfschmerzen, beschleunigter, härtlicher Puls ein. Dazu gesellten sich Konvulsionen, Koma, Zähneknirschen,

unruhiges Hin- und Herwerfen. Diese Zufälle liessen einen entzündlichen Hirnreiz nicht verkennen. Die Entzündung wurde aber wohl nicht allein durch die Hirnerschütterung veranlasst, sondern wahrscheinlich durch einen gleichzeitigen Bluterguss bedingt. Aber auch hier war die eben so rasche als vollständige Genesung, die durch eine örtliche Blutentziehung, kalte Aufschläge und den inneren Gebrauch von salpetersaurem Natron herbeigeführt wurde, eine Erscheinung, die nicht bloss das eingeleitete antiphlogistische Heilverfahren gut hiess, sondern auch die Annahme eines nicht bedeutenden Blutergusses rechtfertigte. Die Zufälle des Hirndruckes treten bekanntlich nicht immer gleich nach der traumatischen Einwirkung ein, vielmehr lassen sie oft Stunden, selbst Tage, auf sich warten. Wie bedeutend das Extravasat bisweilen sei, habe ich bei einem 19jährigen Jüngling, der mit einer Flasche an den Kopf geschlagen war, gesehen. Er hatte fünf nicht erhebliche Kopfwunden, ohne dass die Schädelknochen verletzt waren. Auf der harten Hirnhaut fand sich eine Blutlage von 6 Loth und 3 Quentchen. Der Jüngling verlor nicht gleich das Bewusstsein, sondern machte noch eine Wegesstrecke von etwa einer halben Stunde zu Fusse ab, und wurde darauf von Konvulsionen und Koma befallen. Die Hirnergiessung erfolgte also wohl nicht mit Einem Schlage, sondern nahm allmählig zu. Erst als der Bluterguss eine gewisse Höhe erreicht hatte, stellten sich Hirnzufälle ein.

II. Eklampsie.

Elisabeth Pl., ein 8 Jahre altes früher gesundes, mehr schwächliches Mädchen, litt an folgenden nervösen Zufällen: Das Kind bekam plötzlich heftigen Kopfschmerz, der bald in der Mitte der Stirn, bald über dem einen oder anderen Auge, bald in den Seitentheilen des Stirnbeines ihren Sitz hatte. Gleich hinterher sank das Kind zusammen oder fiel hin. Das Gesicht hatte eine blasse Farbe, die Augen waren geschlossen, die Pupillen eher etwas erweitert als verengert, die oberen Augenlider zuckten, die Respiration verhielt sich ruhig und leise; die Haut fühlte sich mehr kühl an, der Puls war gereizt und zusammengezogen. Nachdem diese Zufälle einige oder

mehrere Minuten angedauert hatten, erfolgte ganz plötzlich eine laute, tiefe, seufzerartige Inspiration. Dies war das Zeichen, dass der Anfall zu Ende ging. Unmittelbar nach dem tiefen Seufzer verblieb das Kind noch einige Augenblicke in seiner früheren Lage oder Stellung ganz ruhig und hielt noch die Augen geschlossen, und antwortete auch nicht auf die vorgelegten Fragen, obschon es wohl wusste und verstand, was in diesem Augenblicke sowohl als während des Anfalles selbst gefragt und gesagt worden. Erst eine kleine Weile nachher richtete es zuerst den Kopf auf und öffnete die Augen, setzte sich dann bald aufrecht und fing an zu stehen und zu gehen, ohne eine besondere Klage zu führen.

Die Anfälle kehrten mehrmals im Laufe des Tages zurück, erschienen bald häufiger, bald seltener und folgten sich oft sehr rasch. Während der Nacht traten sie im Ganzen nur selten ein, wenn gleich sie sich bisweilen einstellten. Den Eintritt konnte das Kind immer vorher fühlen und merken. Beim Herannahen setzte sich das Kind, wenn es gerade allein in der Stube war oder sich im Garten aufhielt, auf den Boden hin oder legte den Kopf und die Arme auf den Tisch, um nicht hinzustürzen. Auch die Umgebung erkannte an der Physiognomie den drohenden Fall und eilte dann gleich zu Hülfe und unterstützte den Kopf.

In der Zwischenzeit fühlte sich das Kind wieder wohl, hatte aber nicht den früheren kindlichen Frohsinn. Indessen wurden weder Störungen der Intelligenz, noch der Motilität wahrgenommen. Das Gesicht hatte eine blasse, erdfahle Farbe und das frische Aussehen verloren, die Esslust war nicht rege und Gemüse wurden nicht gerne genossen, die Zunge rein, der Stuhl regelmässig, die Haut trocken, die Eigenwärme gesunken. Das Kind hatte Nasenjucken und klagte zeitweise über vorübergehende Leibschmerzen, die gewöhnlich in der Nabelgegend auftraten. Der Bauch fühlte sich aufgetrieben und gespannt an. Bisweilen wurden mit dem Stuhle Askariden ausgeleert, dagegen wurden nie Spulwürmer beobachtet.

Nach mehrwöchentlicher Andauer schwanden endlich die Anfälle, nachdem sie allmählig an Häufigkeit und Heftigkeit

nachgelassen, und blieben dieselben über zwei Monate ganz aus. Das Kind erholte sich während dieser Zeit wieder und hatte ein munteres Wesen. Darauf kehrten die Anfälle ohne besondere Veranlassung zurück, wurden aber bald wieder beseitigt.

Das ursächliche Verhältniss der Krankheit war dunkel, und konnte nicht wohl auf Helminthiasis zurückgeführt werden. Die intermittirenden Leibschmerzen schienen mir eher nervöser Natur zu sein, als von Würmern abzuhängen. Der Vater sowohl als die Mutter, so wie ihre übrigen Kinder, erfreuten sich eines guten Wohlseins. Auch die sonstige Familie war von dieser und ähnlichen Krankheiten befreit.

Was das Heilverfahren angeht, so hatten die Eltern vor dem Hülferufe schon wiederholt wurmwidrige Mittel verabreicht, ohne dass Würmer mit dem Stuhle ausgeleert wurden. Indem auch ich selber anfangs glaubte, Helminthiasis als Ursache anschuldigen zu müssen, so verordnete ich Santonin, das eine Mal mit Jalappe, das andere Mal mit Kalomel. Die Wurmjagd hatte aber eben so wenig Erfolg. Auch die Flores zinci äusserten keine Heilwirkung. Kurz, das wahre Heilmittel war die Tinctura artemisiae. Der Rückfall wurde durch Pulver aus Radix artemisiae gr. jjj Flor. zinci gr. j Sacch alb. ʒβ gehoben. Ich will noch hinzufügen, dass die Artemisia auch noch in anderen Fällen, namentlich bei einem 10jährigen Mädchen und bei einem 14 Jahre alten Knaben vollständige Genesung herbeiführte.

III. Urticaria.

Die Urticaria ist im ersten kindlichen Lebensabschnitte keine so seltene Erkrankung, wie man wohl glaubt und verläuft bald fieberlos, bald mit Gefässaufregung. An die Fälle, welche ich bereits in dieser Zeitschrift mitgetheilt habe, möge sich folgende Krankengeschichte anreihen.

Franz B., ein 6monatliches gesundes und kräftiges Kind, welches an der Mutterbrust genährt wurde, blieb von den Masern, die in der elterlichen Wohnung herrschten, ungeachtet des Verkehres mit den kranken Kindern verschont. Dagegen wurde der Knabe bald nachher von dem epidemischen

Keuchhusten, welcher, beiläufig gesagt, in dieser Epidemie noch viel jüngere Kinder heimsuchte, befallen. Der Keuchhusten war aber zur Zeit, wo die jetzt zu besprechende Erkrankung eintrat, wieder im Abnehmen begriffen.

Am 17. Dezember 1863 zeigte sich bei dem Kinde in den frühen Morgenstunden nach dem Aufwachen Urticaria, ohne dass ein auffälliges Unwohlsein vorher bemerkt worden war. Der Ausschlag sass an mehreren Körperstellen, war aber besonders vertreten an Armen und Beinen, auf dem Bauche und dem Gesässe. Die Quaddeln waren kleiner, als sie gewöhnlich sind, über die Haut erhaben und umgränzt, und hatten eine matt-weissliche Farbe, während die übrige Haut geröthet und rauh war. Das Kind rieb und kratzte die befallenen Stellen, die stark zu jucken schienen. Die Eigenwärme war gelinde erhöht, der Puls gereizt, die Zunge wenig belegt, der Stuhl wie fast immer etwas träge, die Brust wurde gern und begierig genommen. Die Arznei bestand in einer kleinen Gabe von salpetersaurem Natron in Auflösung.

Nach sehr unruhiger Nacht war am nächsten Morgen die ganze Körperoberfläche, selbst die Stirn und der behaarte Kopftheil, geröthet, mit kleinen Unterbrechungen, und hatten sich überall noch weit mehr Quaddeln eingefunden. Zugleich war das ganze Gesicht stark aufgedunsen, die oberen Augenlider waren geschwollen, die unteren bildeten dicke Beutel, selbst die Arme zeigten sich aufgetrieben, weniger die Beine. Die Temperatur der Haut war gesteigert, der Puls beschleunigt, die Trinklust vermehrt, die Stuhlausleerung erfolgt. Das Kind hatte grosse Unruhe und ein verdriessliches Wesen, und rieb fast anhaltend die Ausschlagstellen.

Am folgenden Tage nach vorangegangener sehr unruhiger Nacht hatten sich die Quaddeln überall wieder verloren, und wurden nur an einzelnen Stellen noch Spuren von dem Ausschlage gesehen. Auch die Hautröthe und das Fieber waren verschwunden. Das Kind verrieth mehr Munterkeit und hatte weniger Jucken. Die Konvaleszenz begann und wurde nicht gestört.

Ein solches Prachtexemplar von Urticaria hat man nur selten Gelegenheit zu beobachten. Der Fall war wirklich einzig in seiner Art und durch manche Eigenthümlichkeiten

ausgezeichnet. Wenn auch kleiner, als gewöhnlich, waren die Quaddeln doch sonst regelmässig ausgebildet und standen in einer so grossen Zahl, wie man sie nicht leicht antrifft. Die Röthe beschränkte sich hier nicht bloss auf den nächsten Umkreis der Quaddeln, sondern verbreitete sich über die ganze Körperoberfläche. Auch der seröse Erguss im Zellgewebe der ganzen Hautoberfläche, sein unerwartetes Erscheinen und sein rasches Wiederverschwinden, war eine eben so auffallende als merkwürdige Erscheinung. Das Vorkommen der Urticaria in einem so frühen Alter, die Gefässaufregung, den schnellen Verlauf der Krankheit wollen wir mit Stillschweigen übergehen.

IV. Miliaria.

Die Miliaria gehört in meinem Wirkungskreise zu den Seltenheiten, wird namentlich im frühen Kindesalter nur selten angetroffen. Ich meine nicht den symptomatischen Schweissfriesel, der oft genug in verschiedenen Krankheiten vorkommt, sondern die Miliaria als selbstständige Erkrankung. Manche Aerzte, die selbst in einer längeren Praxis keine Gelegenheit hatten, diese Krankheit zu beobachten, haben behauptet, dass der Schweissfriesel immer nur einen symptomatischen Ursprung anerkenne. Auch ich selber habe anfangs dieser Ansicht gehuldigt. Nichts ist aber irriger, als einer Krankheit, die man selber bisher nur symptomatisch sah, geradezu die Selbstständigkeit absprechen. Sollte man auch nicht im ferneren Verlaufe der Zeit durch eigene Erfahrung eines Besseren belehrt werden, so darf man doch nicht die glaubwürdigen Beobachtungen Anderer als Mährchen zurückweisen.

Clara H., ein 3 Jahre altes, früher gesundes, gut genährtes Mädchen, war mehrere Tage weniger munter und mehr still und launig, und hatte keine gute Esslust, ohne dass sich eine besondere Ursache anschuldigen liess.

Am 10. Oktober sah die Mutter in den frühen Morgenstunden das Gesicht aufgetrieben und mit Ausschlag bedeckt. Am nächstfolgenden Tage erschien der Ausschlag auch am Halse und verbreitete sich allmählig über die übrigen Körperstellen weiter. Das Kind hatte Nachmittags geröthete Wan-

gen und vermehrten Durst, Nachts fühlte sich die Haut brennend heiss an, die Unruhe war gross, die Esslust gestört, der Stuhl regelmässig, reichliche Schweisse, die zum Wechseln der Leibwäsche Anlass gaben, wurden nicht wahrgenommen.

Am 14. Oktober erfolgte der erste Hülferuf und verhielt sich der Zustand also: Das Gesicht war leicht aufgedunsen, zeigte eine feine Abschilferung und fühlte sich rauh an, die rechte Wange war Nachmittags um 2 Uhr umschrieben ganz dunkelroth. Der Hals, die Brust, der Bauch, der Rücken und die Beine bis an die Fussgelenke waren mit ganz dicht stehendem Frieselausschlage bedeckt. Die Bläschen standen an diesen Stellen ganz nahe zusammengedrängt und gleichmässig vertheilt, bildeten nirgends Gruppen und flossen auch nicht zusammen, hatten die Grösse eines Stecknadelkopfes oder eines Hirsekornes und enthielten eine gelblich-trübe Flüssigkeit. Die ganze Hautoberfläche war an den bezeichneten Stellen ohne alle Unterbrechung lebhaft geröthet. An den Händen fand sich kein Ausschlag vor, die Arme fühlten sich rauh an, die Mitte der Vorder- und Oberarme, so wie die Ellenbogenbeugen, waren geröthet und mit Friesel bedeckt, der aber hier bei weitem nicht so gedrängt stand. Auf den Fussrücken und Fusssohlen machte sich weder Ausschlag, noch Röthe der Haut bemerklich. Das Jucken war mässig, die Respiration nicht beschleunigt, das Herzklopfen gelinde, Brustbeklemmung und ein Gefühl von innerer Angst nicht vorhanden, die Lage vielmehr ganz ruhig, der Puls gereizt, an den Händen die Eigenwärme nicht erhöht, Schweiss fehlte, die Zunge rein, trocken, nicht geröthet, die Esslust geschwunden, der Durst nicht stark, der Stuhl erfolgt, der Bauch sehr aufgetrieben von Gasen, aber weder fluktuirend, noch beim Drucke schmerzhaft. Das Kind schlummerte und delirirte während der Fieberanfälle, die in den Nachmittagsstunden auftraten und bis tief in die Nacht hin fortdauerten, verrieth aber beim Aufwachen keine Sinnesverwirrung und hatte weder Lichtscheu, noch Hitze am Kopfe. Die Stimme und Sprache war rein, Schlingbeschwerden fehlten. Verordnet wurde: Natr. nitric. ℈j Aq. dest. ℥jβ Syr. liquir. ℥β M. D. S. 2-stdl. 1 Kinderlöffel voll zu nehmen.

Am nächstfolgenden Morgen hatte die entzündliche Röthe der Haut überall sehr abgenommen und machte sich an mehreren Stellen Abschilferung bemerklich. Eine fieberhafte Gefässaufregung wurde vermisst, und eine Stuhlausleerung war eingetreten. Das Kind war munterer, hatte aber keine Esslust und trank wenig.

Am 19. An allen befallenen Körperstellen fand eine allgemeine Abschuppung Statt und stiess sich die Haut in grossen Fetzen ab, besonders am Halse, auf der Brust, auf dem Bauche und in den Ellenbogenbeugen. An den Händen und Füssen sah man ein leichtes Oedem. Das Kind war einige Tage verstopft und hatte häufig einen schmerzhaften Drang auf den Stuhl, ohne dass eine Ausleerung erfolgte. Diese Beschwerde wurde durch Infus. senn. comp. bald beseitigt. Es war mehr laurig als verdriesslich, schlief viel und ruhig, und hatte bei reiner Zunge noch immer keine Esslust, die jedoch in den nächsten Tagen sich allmälig mehr und mehr einstellte. Kurz, die Konvaleszenz begann bald und schritt rasch bis zur vollständigen Genesung ungestört fort.

Dies ist ein Fall, wo die Miliaria als eine selbstständige Erkrankung auftrat. Hier war keine andere Krankheit vorausgegangen und eben so wenig auch eine andere Krankheit vorhanden, auf welche der Ausschlag hätte zurückgeführt werden können. Gehen wir nun auf die Krankheit etwas näher ein.

Die Miliaria ist eine eigenthümliche Erkrankung, und erscheint bald als rother, bald als weisser Friesel, je nachdem die hirsekorngrossen Bläschen mit einem rothen, hyperämischen Hofe umgeben sind oder nicht. Man kann die verschiedenen Formen höchstens nur als Varietäten ansehen, dem Wesen nach bleiben sie sich gleich. Ein Analogon bietet die rothe und weise Ruhr. Die Bildung der Frieselbläschen erklärt sich wohl am besten, wenn man annimmt, dass die Schweissdrüsen in Kongestion gerathen und das Krankheitsprodukt unter der Oberhaut ablagern. Bei dem rothen Friesel könnte allerdings die Exsudation von der örtlichen Hautentzündung abgeleitet werden. Dies ist aber bei dem weissen Friesel nicht statthaft. Die anfangs wasserhelle, später milchig oder gelblich getrübte Flüssigkeit, welche die

Bläschen enthalten, reagirt öfter sauer als neutral. Bisher hat der Leichenbefund keine charakteristischen Störungen oder Veränderungen weder im Blute, noch in den Organen der Körperhöhlen nachgewiesen.

Eine so allgemeine Verbreitung der Frieselbläschen, wie sie im vorliegenden Falle stattfand, wird nur selten angetroffen, gewöhnlich ist der Ausschlag nur örtlich beschränkt und kommt am häufigsten auf der Brust und auf dem Bauche vor. Auch zeigte sich hier die oberflächliche Entzündung nicht bloss im Umkreise der Frieselbläschen, sondern erstreckte sich ohne Unterbrechung über die ganze Hautoberfläche, wie dies im Scharlach nicht gleichmässiger zu sehen ist.

Die Krankheit kann füglich in einzelne Stadien unterschieden werden. Eine zu gekünstelte Eintheilung trägt dem praktischen Vortheile keine Rechnung. Gestörte Esslust, Ermattung, herumschweifende Gliederschmerzen, Gemüthsverstimmung und ähnliche Zeichen, welche als Vorläufer beobachtet werden, haben nichts Charakteristisches an sich. Viel wichtiger sind das Prickeln und Stechen in der Haut, die mehr oder weniger reichlichen, säuerlich riechenden Schweisse, die Unruhe, die innere Beängstigung, die gesteigerte Herzbewegung und Gefässthätigkeit. Selten fehlen alle Vorläufer. Auch in dem obigen mitgetheilten Falle konnten sie nachgewiesen werden und währten einige Tage.

Unter Steigerung der Schweisse, der Brustbeklemmung, des Herzklopfens und der Gefässaufregung kommen die Frieselbläschen zum Vorscheine, die bezüglich ihrer Zahl, des Sitzes, der Farbe und der Ausbreitung grossen Schwankungen unterworfen sind. Bei dem 3jährigen Mädchen zeigten sie sich zuerst im Gesichte, befielen dann den Hals, die Brust, den Bauch, die Rückenfläche und die oberen und unteren Extremitäten. Die Entwickelung und Weiterverbreitung der Frieselbläschen geschieht nicht mit Einem Schlage an allen Körperstellen zugleich, sondern erfolgt unter Wiedererwachen der fieberhaften Aufregung und der anderen oben genannten Zufälle mehr stossweise und geht bald schneller, bald langsamer vor sich.

Die gebildeten Frieselbläschen erreichen in drei Tagen

die grösste Höhe ihrer Blüthe. Während dieser Zeit ist der Inhalt hell und klar und der Umkreis, selbst die ganze Hautoberfläche, bei ausgebreiteter Miliaria lebhaft geröthet und sind die Krankheitszufälle auf das Höchste gesteigert.

Mit Ablauf der Blüthe trüben sich die Frieselbläschen, vertrocknen und verschrumpfen, und stossen sich die rückständigen Hüllen kleienförmig oder fetzenartig ab. Zugleich schwinden das Fieber und die übrigen Zufälle. Bei jenem Kinde, von dem oben die Rede war, traten während der Periode der Abschuppung Oedem der Hände und Füsse und Tenesmus beim Stuhle ein. Diese Erscheinungen verloren sich aber bald wieder.

Das eigenthümliche Exanthem, das stossweise Auftreten mit periodisch heftiger Gefässthätigkeit, die saure Reaktion der Frieselflüssigkeit, der reichliche und eigenthümliche Schweiss, das Herzklopfen und die Präkordialangst sind die Merkmale, welche die Miliaria als selbstständige Erkrankung charakterisiren und von ähnlichen Krankheiten mit Bläschenbildung unterscheiden.

Ganz treffend hat Schönlein die pathologisch-physiologische Beziehung und Bedeutung der Miliaria bezeichnet, wenn er sagt: „Die Miliaria verhält sich zu den Rheumatismen, wie sich die Masern zu den Katarrhen verhalten. Die Miliaria ist das rheumatische Exanthem, während die Masern das katarrhalische Exanthem sind.“ Jedoch ist das ätiologische Verhältniss noch lange nicht in hinlänglich befriedigender Art aufgeklärt. Es ist wahr, dass die Miliaria oft an den rheumatischen Krankheitsprozess gebunden ist. So verhält es sich aber nicht immer. Ein Beleg zu dieser Behauptung ist unter Anderem die oben mitgetheilte Krankengeschichte. Ich darf aber hier nicht mit Stillschweigen übergehen, dass zu jener Zeit, wo das 3jährige Kind von Miliaria befallen wurde, so wie auch im ganzen Laufe dieses Jahres der akute Gelenkrheumatismus häufig vorkam. Warum während der rheumatischen Luftkonstitution die Miliaria nicht öfter erscheint, lässt sich nicht wohl erklären. Hieraus erhellt, dass es noch andere Ursachen, die wir noch nicht alle zuverlässig kennen, gebe. So wissen wir, dass auch dann die Miliaria

häufiger beobachtet wird, wenn in Folge des Genius epidemicus die Krankheiten sich vorzugsweise durch das Hautorgan entscheiden. Bisher sind uns die Bedingungen noch vorenthalten, warum die Miliaria viel häufiger epidemisch auftrete, als sporadisch. Ebensowenig können wir uns aus geologischen Verhältnissen Rechnung tragen, warum die Krankheit vorzugsweise gewisse Gegenden heimsucht. In jüngster Zeit ist man auf das Zusammentreffen von Cholera und epidemischen Friesel, der zugleich cholerinartige Symptome darbot, aufmerksam geworden (Lebert). Das seltene Vorkommen der Miliaria im kindlichen Alter ist eine um so auffallendere Erscheinung, als Masern, Scharlach und Pocken vorzugsweise diesem Lebensabschnitte angehören. Abgesehen von dem eigenthümlichen Gange und Verlaufe und den eigenthümlichen Zufällen unterscheidet sich die Miliaria auch dadurch von den akuten Exanthemen, dass die Krankheit ein und dasselbe Individuum zu wiederholten Malen befallen kann. Ueberdies weicht auch die Behandlung, wie wir gleich sehen werden, von der der anderen akuten Ausschläge ab.

Die Miliaria geht in vollständige Genesung über, wenn nach regelmässigem Verlaufe des Exanthemes die Abschuppung der Haut ungestört erfolgt; wenn ferner die Gefässaufregung, die reichlichen Schweisse und die eigenthümlichen Brusterscheinungen schwinden und der Urin in vermehrter Menge fliesst und eine helle und klare, bernsteinfarbige Beschaffenheit hat. Bisweilen bleibt Neigung zum Herzklopfen, selbst bei unerheblichen Anlässen, und eine Reizbarkeit der Verdauungsorgane zurück, dagegen kommt es selten zur Lähmung der unteren Extremitäten. Der Tod wird bald durch das Zurücksinken des Ausschlages, bald durch zu heftige Gefässaufregung, bald durch den torpiden Charakter des Fiebers, bald durch Ergriffensein des Gehirnes herbeigeführt. Ob übrigens die Miliaria eine so grosse Flüchtigkeit besitze, wie die Masern und der Scharlach, kann ich aus Mangel an eigener Erfahrung nicht beurtheilen. Dagegen möchte ich dies von dem symptomatischen Friesel kaum glauben.

Das Sterblichkeitsverhältniss ist bei weitem nicht mehr so gross, als in früheren Zeiten, und wird von verschiedenen

Umständen beeinflusst. Schwer fällt hier in die Waagschale der Charakter der Epidemie. Wenn auch nicht alle Epidemien bösartig auftreten, so gibt doch die spontane Miliaria im Ganzen eine bessere Vorhersage. Die allgemeine Verbreitung des Friesels ist schlimmer, als das örtliche Beschränktsein. Schmelzende Schweisse, heftiges Angstgefühl, stürmisches Herzklopfen, anhaltende Schlummersucht, Delirien und Sinnesverwirrung, torpider Charakter des Fiebers sind sehr ungünstige Zeichen und kündigen oft den Tod an.

Nun noch ein Wort über die Behandlung. Bleiben wir zunächst bei dem eben beschriebenen Falle stehen. So einfach das Heilverfahren auch war, so hatte es doch einen guten Erfolg. Die allgemein verbreitete Hautentzündung und die gesteigerte Gefässthätigkeit gaben Anlass zu einer gelinden antiphlogistischen Behandlung, die durch Anwendung von salpetersaurem Natron erledigt wurde. Die Mineralsäuren schienen mir um so weniger angezeigt zu sein, als die starke Schweissbildung fehlte. Ferner wurde eine Auflösung von Natrum subcarbonicum verordnet und die Stuhlverstopfung und der tenesmodische Drang durch ein leichtes Abführmittel gehoben. Das Uebrige machte bei angemessener Diät die Naturkraft allein gut.

Das bereits schon vor vielen Jahren von Schönlein angegebene Heilverfahren wird auch noch in jüngster Zeit empfohlen. Um der fieberhaften Gefässaufregung und den starken Schweissen zu begegnen, dienen Mineralsäuren, namentlich Acidum muriaticum, kühlende Getränke, eine leichte Bedeckung, eine reine, kühle Atmosphäre. Ein gelindes Abführmittel trägt dazu bei, dass nicht gleich auf den ersten Stoss die Haut mit Friesel überladen werde. Nach erfolgter Frieselbildung sind die Alkalien besser, als die Mineralsäuren, und sind Zuckerwasser mit kohlensaurem Natron, Fachinger- oder Selterserwasser gute Getränke.

Ganz besonders rühmt Schönlein die Kaliwaschungen, um nicht allein das Exanthem auf der Haut festzuhalten, sondern auch um den cyklischen Lauf zu beschleunigen. Man nimmt entweder die gewöhnliche Seifensiederlauge, oder eine aus Holzasche und warmem Wasser bestehende Flüssigkeit

oder eine Auflösung von kaustischem Kali, ʒβ—ʒj auf 2 bis 3 Pfund warmes Wasser. Damit werden alle 2 bis 3 Stunden je nach der Heftigkeit der Eruption, der Menge des Frieseln und der sauren Reaktion des Schweisses warme Waschungen gemacht, die, wenn sie günstig einwirken sollen, ein leise prickelndes oder brennendes Gefühl hervorbringen müssen. Abgesehen davon, dass die Kaliwaschungen durch die anhaltend erhöhte Hautthätigkeit das Zurücksinken des Ausschlages verhüten und auf alle Körperstellen leicht anwendbar sind, beugen sie nicht allein durch Neutralisation des Krankheitsproduktes der Uebersättigung der Haut mit demselben vor, sondern beseitigen auch die brennende Hitze und geben den Bläschen schon nach 24 Stunden eine hornartige Beschaffenheit, so dass die Haut der zufühlenden Hand als eine Fischhaut erscheint.

Das Herzklopfen, die Brustbeklemmung, die Präkordialangst, die intermittirenden Leibschmerzen sind nervöser Natur, und erfordern die Anwendung von Senfteigen. In den ersteren Jahren meiner Praxis liess ich mich bei einem etwa 18jährigen Jünglinge durch die grosse Dyspnoe, das starke Herzklopfen und die heftige Gefässthätigkeit verleiten, einen Aderlass zu machen, ohne jedoch einen ungünstigen Erfolg zu haben. Damit sei aber nicht gesagt, dass die Venäsektion keinen Schaden bringe und einen Empfehlungsbrief verdiene. Unter ganz richtigen Anzeigen möchte sie aber wohl nicht in allen Fällen zu umgehen sein.

Werden die Schlaflosigkeit, die Schlummersucht, die Delirien, die Sinnesverwirrung von einem zu starken Blutandrange gegen das Gehirn veranlasst, so versuche man erst kalte Umschläge auf den Kopf und kühlende Klystire, ehe man zu einer örtlichen Blutentziehung schreitet. In unserem Falle verloren sich die Hirnzufälle ohne weiteres Zuthun von selbst wieder.

Die zurückbleibende Reizbarkeit des Herzens sucht man durch Digitalis und eine angemessene Diät, welche jede Gefässaufregung abhält, zu bekämpfen. Die Digestionsstörungen, als gestörte Esslust, Erbrechen, Magenschmerz, verlangen Natrum bicarbonicum, Magisterium bismuthi und ähnliche Mittel.

Die zurückbleibende Lähmung werde durch spirituöse Waschungen gehoben.

Sollte der Friesel plötzlich von der Haut zurücktreten, so suche man eiligst durch Senfteige oder Senfbäder, Einwickelung in eine warme wollene Decke, diaphoretische Theeaufgüsse und die innere Anwendung von Kampher den Ausschlag wieder hervorzubringen. Von dieser Behandlungsweise sah ich namentlich bei den Masern einen eben so schönen als raschen Erfolg. Das plötzlich verschwundene Exanthem kehrte nicht nur schnell wieder zurück, sondern verlief auch ganz regelmässig.

V. Luxation des Oberarmes.

Im Anschlusse an die oben mitgetheilten chirurgischen Fälle möge hier nachträglich auch folgender Fall stehen.

Eines Tages kam eine Mutter mit ihrem fast 18 Monate alten Töchterchen in meine Behausung und klagte mir, dass das Kind seit 24 Stunden den linken Arm nicht mehr gebrauchen wolle. Das Kind habe am vorigen Tage mit Anderen in der freien Natur ohne weitere Aufsicht gespielt; ob es gefallen oder gestossen, oder ob ihm der Arm aufgehoben, stark angezogen sei, dies war der Mutter völlig unbekannt geblieben.

Die Untersuchung ergab Folgendes: Das linke Schultergelenk zeigte weder Anschwellung noch Quetschung, die auch an der betreffenden Hand und dem Arme fehlten. Das Schultergelenk hatte die normale Wölbung und Abrundung verloren, vielmehr sprang das Akromion vor und unmittelbar unter demselben machte sich nicht bloss eine Verflachung, sondern auch eine sichtliche Vertiefung bemerklich, und fühlte man deutlich eine Grube. In der Achselhöhle fand sich unter dem unteren Rande der Gelenkhöhle eine harte, rundliche Erhabenheit, die sich nach unten und innen, nach der vorderen Brustwand hin erstreckte. Der linke Arm war etwas länger, als der rechte, hing abwärts, zeigte eine mässige Abduktion und liess sich nicht frei nach allen Richtungen bewegen. Bei den Bewegungen hörte man ein gelindes Knarren. Das Kind bewegte frei die Finger, wollte aber weder

den Arm aufheben, noch einen höher gehaltenen Gegenstand mit der Hand ergreifen.

Die Diagnose stand also fest. Es war eine Luxation des des Oberarmes nach unten und innen. Alle Zeichen einer Fraktur fehlten. Das Knarren rührte wohl von exsudirter Masse oder von dem Ausfliessen der Synovia her. Die Reposition war leicht. Der Arm wurde nach unten und aussen und dann nach oben angezogen, und endlich nach vorne gewendet. Gleich sprang unter deutlich hörbarem Knarren der Gelenkkopf wieder in seine Gelenkhöhle zurück. Nun konnten alle Bewegungen wieder ungehindert vorgenommen werden. Ich liess den Arm einige Tage in einer Mitella tragen und auf das Schultergelenk kalte Fomente legen. Die Heilung erfolgte vollständig.

Dieser Fall ist an und für sich der Mittheilung nicht werth. Allein es lässt sich an denselben eine nicht ganz müssige Frage knüpfen. Wie kommt es, dass gerade in einem noch so zarten Kindesalter die Verrenkung des Oberarmes so selten angetroffen wird? Fehlt es doch wahrlich nicht an Veranlassungen, fallen vielmehr die kleinen Kinder häufig genug mit vorgestreckten Armen, und werden sie unverzeihlicher Weise von den Bewahrmädchen gar oft an der Hand vom Boden in die Höhe gezogen. Ungeachtet dieser und ähnlicher Gewaltthätigkeiten, welche den einen oder anderen Arm treffen und tagtäglich vorkommen, habe ich doch nur äusserst selten in einem so frühen Lebensabschnitte der Kinder die besagte Luxation zu beobachten Gelegenheit gehabt. Die Beantwortung der oben gestellten Frage will ich Anderen überlassen, die eine reichere chirurgische Erfahrung haben und die anatomische Chirurgie besser verstehen.

Ueber die therapeutische Anwendung arzneihaltiger Milch in verschiedenen Krankheiten, besonders bei Kindern.

Es erscheint als ein einfacher, aber guter und praktisch werthvoller Gedanke, die Milch mit Arzneistoffen zu versetzen und ihr auf diese Weise besondere Heilkräfte beizubringen. Dass die Milch für viele Medikamente eine ganz vortreffliche Aufnahmeflüssigkeit ist, ist sicherlich nicht zu bezweifeln und es kommt dabei nur darauf an, dass durch die Beimischung diese Flüssigkeit nicht zu arg zersetzt werde und keinen üblen Geschmack erleide, und es wird dann bei vielen Kranken, namentlich aber in der Kinderpraxis, davon viel Gutes zu erwarten sein. Man könnte sagen, dass es dazu einer besonderen Anleitung kaum bedürfe, da wohl jeder gebildete Arzt im Stande sein werde, Arzneien in einfacher oder gemischter Form, als Pulver, als Mixtur, als Mineralwasser, als Solution u. s. w., die er verordnet, einfach mit einer bestimmten Menge Milch mischen zu lassen, allein es lehrt die Erfahrung, dass dies doch nicht so leicht zu machen ist. Bei kranken Kindern namentlich wird es sehr schwierig, ihnen Milch, die mit Arzneistoffen gemischt ist, beizubringen; man erreicht meistens das Gegentheil, indem man den Kindern zuletzt alle Milch zuwidermacht. Wir werden also, so dünkt uns, doch unseren Lesern einen Gefallen erweisen, wenn wir in diesen Gegenstand etwas näher eingehen und die Erfahrungen zusammenzufassen suchen, die von uns selbst und von Anderen in dieser Beziehung gewonnen worden sind.

Wir befassen uns zuvörderst mit einem Aufsatze, der sich in der *Union médicale* (April, Mai 1865) befindet und den Titel führt: *Mém. sur l'emploi thérapeutique des laits médicamenteux du Dr. Bouyer, par le Dr. Richelot.* Hr. Bouyer, Arzt in einer kleinen Stadt in Frankreich, hat die Milch mit folgenden Stoffen versetzt: mit Jod, Jodkalium, Arsenik, Merkur und Eisen, und er hat auf diese Weise gewisse neue pharmazeutische Präparate geschaffen, die, wie er behauptet, besonders dem jüngeren Alter anpassend sind und

die den Vortheil haben sollen, dass sie mit dem Medikamente zugleich Nahrungsstoff zuführen und von den Verdauungsorganen sehr gut ertragen werden, wenigstens besser, als wenn sie auf andere Weise beigebracht sind. In der Regel ist es Kuhmilch, in selteneren Fällen Ziegenmilch, welche hierbei in Anwendung kommt. Der Vortheil, dass die Dosis des der Milch beigemischten Arzneistoffes ziemlich genau bestimmt werden kann, gibt diesen medikamentösen Milchpräparaten einen bedeutenden Vorzug vor der Milch, die man dadurch herzustellen versucht hat, dass man das Thier, von dem sie entnommen worden, der Einwirkung der gewünschten Arzneien unterwirft, also z. B. an einer Ziege Merkurialeinreibungen vornimmt, um merkurhaltige Milch zu bekommen.

Hr. Bouyer, von dem oben die Rede gewesen, betreibt, wie es scheint, die Herstellung der arzneihaltigen Milch, besonders der fünf Sorten, die wir gleich noch näher angeben werden, im Grossen, denn Hr. Richelot bemerkt, dass diese Bouyer'schen Milchmischungen seit einigen Jahren in Frankreich eine bedeutende Anwendung gefunden haben, und er selbst scheint eine Art Herold des Hrn. Bouyer zu sein. Eine grosse Zahl von Aerzten, sagt er, benutzt sie fortwährend und ist mit ihrer Wirkung ausserordentlich zufrieden; auch sind sie schon in mehrere Hospitäler eingeführt und die „*Société médicale d'émulation de la Creuse*" hat eine Abhandlung des Hrn. Bouyer nach genauer Prüfung im Mai 1862 auf eigene Kosten drucken lassen.

„Diese arzneihaltigen Milchmischungen," bemerkt Hr. Richelot, „sind nicht etwa ganz neue Mittel, sondern eben nichts weiter, als eine neue Art, um Jod, Jodkalium, Arsenik, Merkur und Eisen beizubringen, und es handelt sich also hier nicht darum, ihre therapeutischen Eigenschaften zu besprechen und auch keinesweges, neue Indikationen aufzusuchen, sondern nur, die Fälle zu bestimmen, in denen diese Anwendungsweise der genannten fünf Arzneistoffe jeder anderen Art der Darreichung vorzuziehen ist." Diesen Punkt hat der erwähnte Aufsatz des Herrn Richelot ganz besonders im Auge und wir wollen ihm darin folgen.

I. Jodhaltige Milch.

Mit dem Jod hat Hr. Bouyer seine ersten Versuche gemacht. Er hat nach und nach drei Mischungen dargestellt, welche, je nach Bedürfniss oder je nach dem Geschmackssinne, einzeln gegeben werden oder sich auch unterstützen können. Diese Präparate sind: Jodhaltiger Milchsyrup (Sirop de lait iodique), jodhaltiges Milchpulver (poudre de lait iodique) und jodhaltige Chokolade (chocolat au lait iodique). Sie werden in einer langen Reihe von Krankheiten angewendet, die Hr. B. in fünf Hauptabtheilungen bringt. Die erste Abtheilung begreift die Lungenschwindsucht, von welcher 23 Fälle angeführt werden, in denen der jodhaltige Milchsyrup theils, wie angegeben wird, wirkliche Heilung bewirkt haben soll, theils grosse Besserung gebracht hat. Wir wollen diese Fälle nur ganz kurz angeben. Der erste Fall betraf eine Bronchitis von verdächtiger Natur bei einem zur Phthisis erblich disponirten 45 Jahre alten Manne; der Gebrauch des Jodmilchsyrups brachte volle Heilung. — Der zweite Fall bei einer 20jährigen Frau ist bezeichnet als Reizungszustand der Athmungsorgane mit Symptomen beginnender Phthisis; die Kranke hatte einen eiterig-schleimigen Auswurf, magerte sehr ab, war sehr verstimmt, fieberte etwas und hatte weissen Fluss; Eisenpräparate und Leberthran hatten nichts genützt; der Jodmilchsyrup brachte vollständige Heilung. — Der dritte Fall, eine 24 Jahre alte Frau betreffend, wird bezeichnet als Kongestivzustand der Lungen mit Symptomen von beginnender Phthisis; auch hier brachte der Jodmilchsyrup vollständige Heilung. — Im vierten Falle war es eine junge Frau, welche am Blutspeien litt und Symptome von beginnender Phthisis darbot und wo durch dasselbe Präparat bedeutende Besserung erzielt wurde. — Der fünfte Fall stellt eine beginnende Phthisis mit häufigem und starkem Blutspeien dar und wurde ebenfalls durch das schon genannte Präparat Heilung erzielt. — In den übrigen Fällen war die Phthisis schon sehr ausgebildet und Heilung konnte nicht mehr erwartet werden, aber der Gebrauch des Jodmilchsyrups brachte doch sehr bedeu-

tende Besserung. Wir müssen die Leser, die sich für die Behandlung der Lungenschwindsucht durch Jodmilch oder Jodmilchsyrup ganz besonders interessiren, auf die Originalabhandlung verweisen, da wir hauptsächlich das Kindesalter und die dasselbe betreffenden Krankheiten im Auge haben. Wir wollen aus diesem Grunde auch nur die beiden letzten Fälle, die Hr. Richelot anführt, etwas näher ansehen.

(21. Fall.) V., ein Knabe, 8 Jahre alt; dessen Mutter an Brustkrankheit gestorben ist, war bis zu seinem 7. Jahre immer leidend. Er fieberte immer häufig, schwitzte viel, war äusserst schwächlich, litt viel an Katarrhen, sah bleich aus, hatte hohle Wangen und war sehr mager. Der Arzt seines Wohnortes hatte durch gute Diät und Anwendung stärkender Mittel den Zustand des Knaben bedeutend gebessert. Die Hauptwirkung aber hatte der Gebrauch des Jodmilchsyrups. In verhältnissmässig kurzer Zeit bekam das Kind seine Kräfte wieder; das Fieber verlor sich, eine bessere Gesichtsfarbe zeigte sich, und während des Winters trat kein Husten ein. Der Syrup wurde ein ganzes Jahr lang gegeben und das Kind ist jetzt, wenn auch nicht robust, doch ganz gesund und frisch und munter, wie jedes andere Kind desselben Alters.

(22. Fall.) Ein Mädchen, jetzt 15 Jahre alt, wurde 3 Jahre vorher von einer Bronchitis befallen, welche zu Kavernen im Gipfel beider Lungen führte. Die grosse Abmagerung, das öftere Blutauswerfen, die nächtlichen Schweisse, das fortwährende Husten und der eiterige Auswurf liessen, in Verbindung mit den stethoskopischen Zeichen, keinen Zweifel über das Dasein der Lungenschwindsucht. Der anhaltende Gebrauch des Leberthranes schien die Krankheit zu beschränken und brachte einige Besserung, obwohl noch immer Auswurf von Blut und Eiter vorhanden war. Der Arzt verordnete nun den Jodmilchsyrup, wovon das Kind 3 Monate hindurch täglich einen Esslöffel voll nahm. Seitdem zeigte sich nichts weiter als etwas Husten, sobald die Kleine stark lachte oder sich sonst anstrengte. Ihre Magerkeit hat sich verloren und es ist bereits die Menstruation eingetreten. Man erkennt nur noch im Gipfel der rechten Lunge eine Höhlung, die et-

was Schleim absondert. Das Mittel wird fortgebraucht und Alles lässt die vollständigste Heilung erwarten.

Die zweite Abtheilung umfasst 10 Fälle von Bronchitis, Bronchorrhoe, Broncho-Pneumonie und chronischer Pneumonie. Auch hier hat der Gebrauch der Jodmilch oder vielmehr des Jodmilchsyrups ausserordentliche Dienste geleistet.

Die dritte Abtheilung gibt eine Anzahl Fälle, welche die gute Wirkung des eben genannten Präparates gegen dyspeptische und gastralgische Zufälle erweisen. Es handelt sich hier vorzugsweise um erwachsene Personen und wir müssen die Leser ebenfalls auf die Originalabhandlung verweisen.

Von grösserer Wichtigkeit ist für uns die folgende Abtheilung, welche die Fälle von Skropheln und Kropf begreift, in denen die jodhaltige Milch mit ausserordentlichem Nutzen angewendet worden ist. Es lässt sich dieses auch im Voraus erwarten, vorausgesetzt, dass irgend ein Jodpräparat dem Geschmacke und der Verdauung der Kinder gehörig angepasst werden kann. Vom Jodmilchsyrup wird dieses behauptet, und er hat deshalb, wie angegeben wird, weit mehr geleistet als Leberthran, der bei dem sehr geringen Gehalte von Jod noch sehr schwer verdaulich wird und deshalb zuletzt belästigt. Wir wollen die Fälle nur übersichtlich angeben, die wir hier vorfinden.

1) Ein Mädchen von 12 und eines von 14 Jahren; skrophulöse Konstitution; skrophulöse Anschwellung der Mesenterialdrüsen; bedeutende Besserung durch den Gebrauch des Jodmilchsyrups.

2) Ein Mädchen von 16 Jahren; lymphatisch; skrophulöse Anschwellung der Halsdrüsen; Heilung durch den Gebrauch desselben Präparates.

3) Ein Mädchen, 4 Jahre alt, skrophulöse Ophthalmie, Anschwellung der Unterkieferdrüsen, Heilung durch den Gebrauch desselben Mittels.

4) Ein Mädchen, 17 Jahre alt; skrophulöse Konstitution, bedeutender Tumor albus des Ellenbogengelenkes mit falscher

Anchylose und tiefen Ulzerationen; vortreffliche Wirkung des Jodmilchsyrups.

5) Ein Knabe, 10 Jahre alt, sehr eingewurzelte Skrophulosis, Heilung durch fortgesetzten Gebrauch des Jodmilchsyrups.

6) Anschwellung der Halsdrüsen mit Fistelgängen, Heilung durch den Jodmilchsyrup.

7) Tumor albus des linken Kniegelenkes bei einem 5 Jahre alten Knaben; vortreffliche Wirkung des Jodmilchsyrups.

8) Ulzeration der Halsdrüsen bei einem 12 Jahre alten Knaben, Heilung durch dasselbe Mittel.

Dann folgen noch mehrere andere Fälle von ausgebildeter Skrophulosis und endlich noch einige Fälle von Kropf bei jugendlichen Subjekten, wo der Jodmilchsyrup, nach der Aussage vieler Aerzte, vortreffliche Dienste geleistet hat.

Es kommt darauf eine Reihe von Fällen, welche als allgemeine Zustände, Kachexieen, Chlorosen und langsame Genesungen überschrieben sind, und wo ebenfalls der Jodmilchsyrup ganz vortrefflich sich bewiesen hat. Es bezieht sich auch Hr. R. auf mehrere Mittheilungen in verschiedenen medizinischen Zeitschriften seines Heimathlandes, wo dieses Mittel ebenfalls sehr gelobt ist. Wo das Jod oder vielmehr die Jodsalze irgend nützlich sein könnten, da ist es gewiss auch, und zwar in noch höherem Grade, die jodhaltige Milch und deren Präparate, nämlich der Jodmilchsyrup, das Jodmilchpulver und die Jodmilchchokolade. Wir sagen: „in noch höherem Grade," denn, wenn auch das Jod oder seine Salze den wirksamsten Bestandtheil in diesen Präparaten bilden, so ist doch gerade die Verbindung mit der Milch von ganz besonderer Wichtigkeit, insoferne dadurch nicht nur die Einführung jener Agentien in den Organismus bedeutend erleichtert und begünstigt, sondern auch deren Eigenschaften in sehr vortheilhafter Weise modifizirt werden. Denken wir nur an Kinder und schwächliche Personen, denen wir gerne Jod oder Jodsalze geben möchten, aber in keiner passenden Weise beibringen können, wenn wir nicht die Verdauung stören und die Ernährung beinträchtigen wollen. Einen Be-

weis findet Hr. R. in den Erfahrungen über schwächliche und chlorotische Subjekte, die zugleich von Skropheln heimgesucht sind und wo Jod oder Jodsalze, in jeder möglichen Form gegeben, und auch mit Leberthran verbunden, nicht ertragen wurden und eher abzehrend wirkten, als fördernd auf die Ernährung, und wo dagegen die hier genannten Milchmischungen die vortrefflichsten Dienste leisteten. Gastrische Beschwerden machen diese Präparate, wie behauptet wird, ganz und gar nicht. Sie werden gut verdaut und in der Regel ohne Widerwillen eingenommen und ihre Verdauung geschieht viel leichter als die des Leberthranes. Herr Bouyer, der Erfinder dieser Präparate, ist gerade dadurch auf sie gekommen, dass als eine Art Gegengift gegen Jod, um dessen reizende Einwirkung auf die Magenwand zu vermindern, Milch empfohlen wird. Nachtheilige Wirkungen sind von den hier in Rede stehenden Präparaten bis jetzt kaum beobachtet worden. Nur einmal entstand nach dem Gebrauche einer kräftigen Dosis Jodmilchsyrup eine Dysphagie, die sich aber bald wieder verlor, und ein anderes Mal Kolik und Durchfall.

Bei sehr vielen Kranken tritt in den ersten 5 bis 6 Tagen des Gebrauches ein metallischer Nachgeschmack ein, der oft mehrere Stunden anhält, eine Erscheinung, die nichts zu bedeuten hat und die nach und nach sich ganz verliert, namentlich, sobald die Nieren das Jod auszuscheiden beginnen.

Kinder und Erwachsene nehmen den Jodmilchsyrup sehr gerne und sind oft gierig darnach; bei solchen Personen aber, die überhaupt einen Widerwillen gegen alle Milch und Süssigkeit haben, kann man das Jodmilchpulver mit Fleischbrühe vermischt anwenden.

Wie die Präparate angefertigt werden, ist nicht angegeben; wir glauben auch kaum, dass das nöthig ist, da wohl jeder gute Apotheker solche anfertigen kann. Es genügt, nur anzugeben, dass jeder Esslöffel voll Jodmilchsyrup oder Jodmilchpulvers 4 Centigr. Jod enthält und dass ferner in jedem Täfelchen Jodmilchchokolade sich 3 Centigr. davon befinden. Vom Syrup wird Erwachsenen ein halber Esslöffel

voll und Kindern ein Kaffeelöffel voll zweimal täglich gegeben. Diese Dosis kann natürlich nach den Indikationen verstärkt werden. Man kann des Morgens früh beim Aufstehen und des Abends spät beim Schlafengehen eine Dosis nehmen lassen, oder wenigstens eine Stunde vor den Mahlzeiten wählen, weil das Mittel wohl besser wirkt, wenn der Magen nicht überfüllt ist. Die beste Art, den Syrup einzugeben, besteht darin, dass man die Dosis des Syrups in einer kleinen Tasse voll kochenden Wassers sorgfältig auflöst und diese Mischung etwas abkühlen lässt. Das Jodmilchpulver kann man aber so auflösen oder es auch mit mehr oder weniger Zucker gemischt trocken geben. Die Jodmilchchokolade lässt man wie andere Chokolade bereiten.

Bisweilen erzeugt sich beim Gebrauche dieser Jodmilchpräparate Durchfall; es genügt dann, Abends beim Schlafengehen einen Dessertlöffel voll Mohnkopfsyrup nehmen zu lassen. Selbst der empfindlichste Magen verträgt die Chokolade vortrefflich.

II. Arsenikhaltige Milch, merkurhaltige Milch, eisenhaltige Milch.

Die arsenikhaltige Milch wird gerühmt gegen hartnäckige Wechselfieber, gewisse Neurosen und besonders gegen Hysterie. Jeder Esslöffel voll des Syrups oder des Milchpulvers enthält 2 Centigr. und jedes Chokoladentäfelchen 1 Centigr. des wirksamen Prinzips. Es wird angegeben, dass bei Wechselfiebern kleiner Kinder, auch bei hartnäckigen und eingewurzelten Hautausschlägen derselben, diese arsenikhaltigen Milchpräparate treffliche Dienste leisten; ein kleiner Kaffeelöffel voll einmal täglich gegeben, und zwar des Morgens früh oder des Abends spät, oder wenigstens dicht vor der Mahlzeit, ist die genügende Dosis. Gleich nach dem Einnehmen soll man eine Tasse Fenchel- oder Kamillenthee nachfolgen lassen. Gemischt wird der arsenikhaltige Milchsyrup oder das Milchpulver mit kochendem Wasser ganz ebenso wie das vorige Präparat.

Die merkurhaltige Milch wird gegen infantile Syphilis der Kinder empfohlen; sie hat den Vortheil, dass sie sehr

gut ertragen wird und auf den Magen lange nicht so reizend wirkt, wie die anderen Merkurialpräparate. Es wird angegeben, dass jeder Esslöffel voll des Milchsyrups oder des Milchpulvers 2 Centigr. und jedes Chokoladentäfelchen 5 bis 6 Milligrammen des doppeltsalzsauren und phosphorsauren Quecksilbers enthält, und man soll davon einen Theelöffel voll ein bis zweimal täglich reichen.

Die eisenhaltige Milch endlich verdient auch empfohlen zu werden, kann aber im Nothfalle durch Mischung von eisenhaltigem Wasser, z. B. Pyrmonter, mit warmer Milch ersetzt werden.

Zuletzt ist noch die Rede von ähnlichen Milchpräparaten, die mit Jodkalium bereitet sind, und welche gegen sekundäre und tertiäre Syphilis besonders gute Dienste leisten sollen.

Die Bereitung aller der hier aufgezählten Milchpräparate beruht auf dem Umstande, dass bei einem gewissen Grade von Konzentration die Salze des Milchserums gewisse Verbindungen mit dem Jod, der arsenigen Säure, dem Sublimat, dem Jodkalium und dem Eisen eingehen. Für das Jod muss man mit einer auf $^1/_5$ ihres Volumens reduzirten Milch operiren; für die arsenige Säure und dem Sublimat mit einer auf die Hälfte ihres Volumens reduzirten Milch. Dann wird die Abdunstung fortgesetzt und die Konzentration bis zu $^1/_6$ geführt. Die wirksamen Agentien erleiden mancherlei Veränderungen durch ihre Verbindung mit den Milchsalzen und wohl auch mit dem Käsestoffe und es ist deshalb nothwendig, eine gute und käsereiche Milch zu nehmen. Gute frische Kuhmilch ist am passendsten.

Zu dem Vorstehenden können wir nur noch die Bemerkung zufügen, dass wir, um Kindern Eisen beizubringen, häufig schon kleine Quantitäten Pyrmonter mit warmer Milch gemischt haben nehmen lassen, und zwar in Form einer Art Brunnenkur mehrere Wochen hintereinander. Auch haben wir seit vier Wochen, seitdem uns der vorstehende Aufsatz bekannt gewesen, ganz frisch bereiteten Jodmilchsyrup gege-

ben und können uns mit dem Erfolge bei Skropheln, Rhachitis und Abmagerung sehr zufrieden erklären. Wir werden Herrn Apotheker Simon in Berlin (Spandauerstrasse 33) veranlassen, die oben angegebenen Präparate vorräthig zu halten oder auf Bestellung anzufertigen.

Fortgesetzte Mittheilung über einen Fall von Kyanose von Dr. A. Brünniche*).

Im siebenten Bande der *„Bibliothek for Laeger"* habe ich in einem kleinen Aufsatze, betitelt „klinische Studien über die Genese der Kyanose" **) die Krankheitsgeschichte und den Zustand eines kyanotischen Kindes mitgetheilt, und daran einige Bemerkungen über die wahrscheinliche Beschaffenheit des zum Grunde liegenden angeborenen Herzfehlers in diesem Falle geknüpft. Da diese Beobachtung nun später ihren Abschluss durch den Tod des Kranken gefunden hat, so halte ich mich verpflichtet, hier kurz über den weiteren Verlauf und das Sektionsresultat zu berichten, was ich um so lieber thue, weil dieses vermuthlich zu einigen recht interessanten Beobachtungen Anlass geben kann.

Wir wollen uns also die Krankheitsgeschichte, wie sie in jenem Aufsatze geschildert wurde, in's Gedächtniss zurückrufen. Der Kranke war ein Knabe von $6^1/_2$ Jahren, der am 7. September 1863 in's Hospital kam. Er war hoch aufgeschossen, schmächtig, von schwacher Muskulatur, in seinen Verstandeskräften etwas zurück, und lispelte beim Sprechen etwas. Er hatte die Masern gehabt, soll von der Geburt an mitunter eine blaue Farbe gezeigt haben, besonders während Krankheiten, und ein Mal soll er früher schwach in den Beinen gewesen sein und kurz vor dieser Krankheit an Kopfschmerz und Schläfrigkeit gelitten haben. Als er früher wegen

---

*) Aus der *Bibliothek for Laeger* Juli 1864 p. 12 entlehnt von Dr. von dem Busch.

**) Im Journale für Kinderkrankheiten Mai—Juni 1864 S. 318.

einer Bronchitis sich im Hospitale befand, war er ebenfalls bläulich von Farbe gewesen. Gegenwärtig ist die Kyanose bedeutend über den ganzen Körper, am stärksten gegen die Peripherie, verbreitet und wird bei der Kälte stärker. Die Farbe ist bläulich-roth, hin und wieder mit Spuren von dunklerem Blau, fast wie Dintenflecke. Es ist eine bedeutende hypertrophische Anschwellung des Augenlides, der Nase und der keulenförmigen Fingerspitzen mit gekrümmten Nägeln vorhanden. Es friert ihn leicht und zittert er dann; die Temperatur seines Körpers ist gering, in den Achselhöhlen 37,8°, in den Handflächen 29,9°. Ab und an hat er Nasenbluten gehabt; sein Kopf ist frei, der Schlaf gut. Das Athemholen fällt ihm bei jeder Bewegung im hohen Grade beschwerlich; er muss oft stille stehen, klagt über Herzklopfen, hat aber keinen Husten. Die Verdauung ist in Ordnung. Der Arterienpuls ist regelmässig, etwas schwach, etwa 100 Schläge in der Minute. Der Anschlag des Herzens ist natürlich, ebenso die Perkussion des Praecordiums; an der Basis des Herzens und längs beider Brustbeinränder nach oben zu wird ein ausserordentlich starkes, systolisches, pustendes Geräusch gehört, welches sich in die Aorta, Karotiden, Art. subclavia und Aorta abdominalis fortpflanzt; dagegen rasch nach unten hin gegen die Spitze des Herzens und gegen die linke Seite hinüber abnimmt. Besondere Schwellung oder Venenpuls fand sich nicht; die Auskultation der Lungen ergab nichts Abnormes. Die Ursache, wegen welcher der Knabe ins Hospital gebracht wurde, war eine vor 8 Tagen eingetretene Bewegungsparese von beiden unteren Extremitäten, mit theilweiser Harninkontinenz, aber ohne Anästhesie. Die Wirbelsäule, Leber und Milz verhielten sich normal. Der gelassene Urin war an Menge nicht gering, stark sauer, klar, dunkel, machte einen röthlichen Bodensatz von harnsauren Krystallen und Gries; hatte ein spezifisches Gewicht von 1027, enthielt kein Albumin.

In der Ueberzeugung, dass sich nichts gegen den der Kyanose zum Grunde liegenden Herzfehler würde ausrichten lassen können, und da dieser auch keine unmittelbare Beschwerden herbeizuführen schien, wogegen die begonnene

Lähmung natürlicherweise die grösste Sorge erregen musste, wurde versucht, mit Hülfe eines ruhigen und kühlen Regimens, unter Herabstimmung der Herzthätigkeit durch Digitalis und Mehrung der Hautfunktion durch immer mehr verlängerte warme Bäder, einer vermutheten passiven Kongestion zum Rückenmarke oder dessen Umgebungen entgegen zu wirken. — Von diesem Kurplane wurde indessen durchaus kein Nutzen verspürt. Während die Kyanose dieselbe blieb und die physikalischen Erscheinungen von Seite des Herzens stets unverändert waren, nahm die Bewegungslähmung in beiden unteren Extremitäten, in der Blase und im Mastdarme, von Woche zu Woche zu; bald konnte der Knabe kaum mehr allein gehen, bald konnte er die Beine nur nachschleppen, und dauerte es nicht lange, dass er beim Versuche, zu gehen, ganz zusammensank, bis er denn endlich den Punkt erreichte, dass die Beine, wenn er im Bette sich befand, wie ganz unbewegliche Massen da lagen. Dieses galt jedoch nur mit Einschränkung, denn, während das Hautgefühl, obgleich etwas schwächer sowohl für Druck als Schmerz, namentlich in den Knieen, noch vorhanden war, brachte jedwede Berührung, namentlich des Unterkörpers, die heftigsten Reflexbewegungen in den Beinen hervor, Bewegungen, welche er durchaus nicht im Stande war, willkürlich auszuführen. Diese ausserordentliche Reflexwirkung fand sich nicht allein in den Beinen, sondern machte sich auch in der übrigens gelähmten Harnblase geltend, indem der Urin, welcher sonst abtröpfelte, bei jeder Berührung des Unterkörpers im vollen Strahle abfloss. Die Lähmung erreichte auch die Muskeln des Rückens und Rumpfes; Patient konnte den Körper in sitzender Stellung nicht mehr aufrecht halten; der Unterleib wurde stark ausgedehnt und war die Lähmung des Mastdarmes so bedeutend, dass sich grosse Massen von Exkrementen in demselben anhäufen konnten, so dass es die grösste Mühe kostete, dieselben fortzuschaffen. Hinsichtlich des Verhaltens der motorischen Sphäre muss noch bemerkt werden, dass sich die elektrische Muskelkontraktilität überall in den ergriffenen Theilen bedeutend vermindert zeigte, ja beinahe ganz erloschen war, während das Gefühl bei Einwirkung auf die

Haut noch ziemlich lebendig war. Endlich entwickelte sich eine sehr bedeutende Kontraktur der unteren Extremitäten, welche beständig straff gegen den Unterleib hinauf gezogen waren, im Hüft- und Kniegelenke mit einer solchen Stärke sich bogen, dass man sie nur mit einer sehr bedeutenden Kraftanstrengung recken konnte, und sprangen sie, sobald man sie losliess, wie von einer Feder getrieben, sofort in ihre vorige Stellung zurück. In der trophischen Sphäre zeigten sich ebenfalls bedeutende Abweichungen; die Temperatur war beständig niedrig; früh fing der Kranke an, sich an den Hüften und am Steisse durchzuliegen, und diese Neigung zu Ulzeration und Gangrän wurde späterhin so bedeutend, dass jeder Theil, der den geringsten Druck erlitt, daran zu leiden hatte. So ulzerirte die untere Fläche des Penis vermittelst der Berührung mit dem Harnglase, der Fussrand durch das Liegen gegen den anderen Fuss, und vorne am unteren Theile des Unterleibes bildeten sich grosse brandige Geschwüre in Folge der beständigen Berührung mit den gegen diesen Theil ruhenden gebeugten Lenden. Ausserdem zeigte sich auch noch auf der Haut der unteren Extremitäten eine grosse Neigung zum Ausbruche von juckenden Ausschlägen, Prurigo und Lichen, so wie Ekzem, welche grosse nässende Flächen und nicht unbedeutende Schorfe hinterliessen. Alle diese irritativen und ulzerativen Leiden der Oberfläche verschlimmerten sich natürlich beständig durch den stets abfliessenden ammoniakalischen Urin, und kam endlich Oedem an den Knöcheln hinzu. Die Kräfte, das Fleisch und die seit langer Zeit vortreffliche Gemüthsstimmung des Kranken schwanden hin; seine Stimme wurde auffallend heiser und klanglos. In der Mitte des Juni 1864 wurde er mehrere Tage hintereinander vorübergehend im linken Arme gelähmt, während der rechte Arm in einer beständigen klonischen Bewegung war; es entstand einige Male Erbrechen, etwas Schielen und ein purulenter Ausfluss aus den Ohren, und nach einem ziemlich allgemeinen Krampfe während der Nacht starb der Kranke am Morgen des 16. Juni.

Als Beitrag zu den Krankheitserscheinungen will ich nur noch kurz anführen, dass der Penis fast immer in halber

Erektion sich befand. Der Knabe hatte allerdings, wie manche Kinder, die Gewohnheit, stets die Hände an den Genitalien zu halten, so dass ich sogar eine Zeit lang argwöhnte, dass derselbe Manustupration treibe; allein auf der anderen Seite dauerte dieser Zustand noch lange fort, als der Penis in dem Grade ulzerirt und beim Berühren schmerzhaft geworden war, dass man wohl nicht daran denken konnte, Patient habe durch freiwillige Berührung Erektion hervorgerufen. Es ist mir daher wahrscheinlicher, dass dieser Zustand als zu den Krankheitserscheinungen gehörig zu betrachten sei und ist es dann recht interessant, dass die klinische Beobachtung auf diese Art die physiologische Lehre bekräftigt, indem die Erektion sich hier abhängig von einer Unterdrückung der Thätigkeit der Rückenmarksnerven zeigte.

Die Leichenöffnung wurde mit gütiger Hülfe des Herrn Dr. Salomonsen 31 Stunden nach dem Tode vorgenommen. Die Leichenstarre war im gewöhnlichen Grade vorhanden und am Aeusseren der Leiche wurden die erwähnten Dekubitusgeschwüre gefunden. Zuerst wurde die Wirbelsäule untersucht. Haut, Muskeln und Knochentheile derselben boten nichts Abnormes dar. Nach der Wegnahme der Wirbelbogen sah man den ganzen Raum zwischen denselben und den Rückenmarkshäuten stark von Blut infiltrirt, so dass nicht allein einige blutige Flüssigkeit spontan ausfloss, sondern das ganze Bindegewebe hatte ausserdem noch eine stark hervortretende rothe Farbe. Gleichwohl erschien die Dura mater im Grunde mit ihrer normalen, mattglänzenden, weissen Farbe und umgab sie das sich überall von normalem Umfange und Form zeugende Rückenmark und nur an einer Stelle von der Ausdehnung eines guten Zolles bei den unteren Brustwirbeln fand eine Ausnahme davon Statt. Hier wurde es nämlich von oben her gradweise flacher und schmäler, bot dann in der Mitte dieser Partie, also ungefähr $^1/_2$" unter dem Anfange der Affektion, eine sehr dünne Stelle dar, welche sich wie eine Einsenkung oder ein Zusammenfallen ausnahm und ging von da wieder nach unten hin gradweise zum normalen Umfange und Form über. Als nun das Rückenmark mit den Häuten und anhängenden Nervenwurzeln aus dem Kanale genommen

wurde, zeigte sich auch das Bindegewebe zwischen der vorderen Fläche der Dura mater und den Wirbelkörpern stark von Blut infiltrirt. Die Konsistenz des Rückenmarkes fühlte sich durch die Häute, mit Ausnahme der erwähnten Partie, normal an; hier war sie nämlich bedeutend geringer und erhielt der Finger deutlich den Eindruck von Weichheit und Nachgiebigkeit. Die Häute wurden gesund befunden, sie wurden aufgeschnitten und fand man das Rückenmark bei der Durchschneidung der Länge und Quere nach an allen Stellen normal beschaffen und liessen sich seine beiden Substanzen deutlich von einander unterscheiden, jedoch fand an der von Aussen her deutlich fühlbaren erweichten Stelle eine Ausnahme Statt. Hier war nämlich das ganze Gewebe, welches nach dem Aufschneiden der Dura mater der beschriebenen Form entsprach, zu einer auseinanderfliessenden, breiartigen Masse von einer unreinen, graulich lividen Farbe verändert worden. Bei dem geringsten Drucke mit dem Finger quoll dieselbe aus und ein schwacher Wasserstrom spülte die ganze Partie mit Leichtigkeit hinweg; von einer Unterscheidung zwischen den beiden Substanzen liess sich hier keine Spur entdecken; an der dünnsten Stelle war das zurückgebliebene Gewebe nicht über $^1/_2$''' dick, von da an wurde es dicker und mehr rundlich. Alle Nervenwurzeln mit ihren Ganglien und alle Stämme bis zur Cauda equina waren gesund.

Die mikroskopische Untersuchung der erweichten Partie ergab, dass in derselben die Kapillargefässe in einem besonders hohen Grade entwickelt, die Nervenelemente hingegen fast ganz zu Grunde gegangen waren. Es fanden sich nur hin und wieder abgebrochene Nervenröhren von krummer und variköser Form, dagegen aber eine grosse Menge Myelinkugeln, Amyloidkörner, sehr viel Fett, theils in grossen Tropfen theils als ein formloser Detritus und endlich hierunter zerstreut ziemlich reichliche und grosse Haufen von Körnern. Hämatin und Blutfarbestoff konnten nicht entdeckt werden; hin und wieder liefen starke Bindegewebszüge hindurch, während diese an der Stelle, woselbst die Affektion den höchsten Punkt erreicht hatte, nur sehr schwach vertreten waren. Je weiter das Präparat gegen das Gesunde hin-

auf oder hinab untersucht wurde, um so sparsamer zeigten sich die abnormen Elemente und desto reichlicher erschienen die Nervenröhren.

Die Hirnschale war von gewöhnlicher Dicke; die Dura mater cerebri erschien glatt, ohne Injektion. Alle Gefässe in der Pia mater und an der Oberfläche des Gehirnes, namentlich die Venen zwischen den Windungen desselben, waren dagegen sehr stark mit Blut angefüllt, ausgedehnt, und standen wie dicke, blaurothe Stränge hervor. Die Gefässe an der Basis, so wie die von dieser ausgehenden Nerven, waren normal beschaffen; das ganze Gehirn war ziemlich gross und von normaler Festigkeit. Die beiden Substanzen desselben zeigten sich beim Durchschneiden in der Farbe verändert; die graue Masse war sowohl in der Rindensubstanz als in den Hirnganglien überall dunkel, bläulich-roth, kyanotisch; die weisse Substanz hingegen, welche hin und wieder auf der Schnittfläche grosse Blutpunkte zeigte, war livide, gelblich. Dieses galt ebenfalls, wenn auch im geringeren Grade, vom kleinen Gehirne, dessen Anhang und dem vierten Ventrikel, die jedoch so wie auch die Medulla oblongata in aller anderen Hinsicht gesund waren. Die Seitenventrikeln erschienen nicht ausgedehnt, allein die Plexus chorioidei lagen auf ihrem Grunde als gefüllte blauschwarze Stränge, von welchen ein jeder so dick wie ein kleiner Finger war. Unter dem Mikroskope zeigten sich die Kapillargefässe in der Substanz des Gehirnes, besonders jedoch in der grauen Masse, im hohen Grade entwickelt und ausgedehnt.

Bei der Eröffnung der Brusthöhle lag der Herzbeutel frei und glatt an seiner gewöhnlichen Stelle. Derselbe enthielt etwa 3 Unzen eines klaren, gelblichen Serums. Das Herz, dessen äussere Oberfläche von normaler Farbe und dessen Form im Ganzen wohl erhalten war, zeigte sich sofort deutlich vergrössert; es wurde beim Messen 5″ lang, von der Basis der Ventrikeln bis zur Spitze $3^1/_2$″ und $4^1/_2$″ breit befunden. Aus der Brusthöhle herausgenommen zeigte sich, dass die rechte Hälfte des Herzens mehr als die Hälfte des ganzen Umfanges desselben ausmachte. Der rechte Ventrikel enthielt theils schwarze und lockere, theils abgefärbte gelb-

liche Koagula, welche zum Theile infiltrirt waren und ziemlich fest an und zwischen den Trabekeln hingen. Nach der Herausnahme dieser Koagula erschien die Höhle bedeutend ausgedehnt, aber noch auffallender war doch die Hypertrophie der Wände, indem dieselben, welche überall eine lebhaft rothe Farbe hatten und mit einem durchsichtigen Endokardium versehen waren, fast $^3/_4$" in der Dicke hielten. Die Trikuspidalklappe war natürlich beschaffen; das rechte Atrium war ebenfalls mit Blutgerinnsel angefüllt, ausgedehnt und, obschon in weit geringerem Grade, hypertrophirt; namentlich war das Herzohr stark entwickelt; grosse Oeffnungen führten von der Basis desselben in die stark ausgedehnten Koronarvenen und im Septum befand sich nach oben hin eine spaltenförmige, linsengrosse Oeffnung, welche in die linke Vorkammer führte, ein offen stehendes Foramen ovale, welches jedoch allerdings durch eine Art von Klappe verschlossen werden konnte. Auch im linken Ventrikel und Atrium fanden sich viele grosse, feste, halb abgeblasste Koagula, die an den Trabekeln fest sassen; die Höhlen derselben waren etwas ausgedeht und die Wände, obgleich im geringeren Grade, hypertrophisch, indem die Wand des Ventrikels an der dicksten Stelle nur $^1/_2$" dick war. Die Mitralklappe war vollkommen gesund und natürlich gebildet. Es wurde gesucht, innerhalb ihres rechten Zipfels in die Aorta zu kommen, allein der Finger kam über der Basis des Septum ventriculorum in dasselbe Gefäss, welches, vom Conus arteriosus des rechten Ventrikels ausgehend, gefunden war. Durch eine rabenfederdicke Fleischbrücke war der Ursprung dieses Gefässes von einer Oeffnung, die sich im Septum befand, geschieden; dieselbe war von vorne nach hinten länglich-rund, hatte glatte, regelmässige Ränder, war so gross, dass ein kleiner Finger leicht hindurch gebracht werden konnte, im Uebrigen aber mit festen harten, halb abgefärbten und schichtweise gebildeten Gerinnseln angefüllt. Die Oeffnung lag gerade mitten unter der Basis des Septum und gleich über jener Fleischbrücke, und ging nun, versehen mit drei regelmässig gebildeten, leicht gefensterten halbmondförmigen Klappen der gemeinschaftliche Arterienstamm ab, welcher also sowohl die Aorta als Arteria pulmonalis repräs-

sentirte. Derselbe war nicht grösser im Umfange, als eine gewöhnliche Aorta gewesen sein würde; hin und wieder wurden einzelne arterio-sklerotische Flecke bemerkt; etwa 1 bis $^3/_4$" oberhalb der Klappen fand sich eine blinde Einsenkung von der Grösse des Kopfes einer Stecknadel, vermuthlich die Reste des Ductus arteriosus Botalli, und unmittelbar darauf theilte sich das Gefäss in zwei Haupttheile, von welchen der eine deutlich von zarteren Wänden umgeben war und zu den Lungen hin ging, und ein anderer, aortischer, der als Fortsetzung des Stammes zu betrachten war, gab die gewöhnlichen grossen Arterien zum Kopfe und zu den Armen ab und setzte sich als Aorta descendens fort.

Die Lungen lagen frei im Brustkorbe, waren ganz gesund, ohne irgendwelche Blutüberfüllung oder Infiltration und hatten eine helle, natürliche Farbe.

Umstände halber wurden die Organe des Unterleibes nicht untersucht.

Es ist nicht meine Absicht, hier ausführlich bei dem Theile dieser Beobachtung zu verweilen, welcher die Paralyse und das Rückenmarksleiden betrifft. Man kann allerdings leicht einig darüber sein, dass wir ein ziemlich regelrechtes Bild von einer Spinalparalyse vor uns haben, in welcher alle Erscheinungen sowohl von der motorischen und sensitiven als trophischen Sphäre vorhanden waren und einen hohen Grad von Entwickelung erreichten, so wie, dass es auch schon bei Lebzeiten des Kranken einigermassen leicht sein musste, sich nach dem Sitze und der Ausdehnung der Lähmung den ungefähren Sitz des Rückenmarksleidens zu denken. Was dessen Umfang, namentlich in der Breiterichtung anbelangt, so musste allerdings die ausserordentlich ausgesprochene Reflexthätigkeit dafür sprechen, dass der untere Theil des Rückenmarkes grösstentheils von der leitenden Verbindung mit dem oberen Theile und mit dem Gehirne abgeschnitten war, so wie auch, dass die krankhafte Affektion sich durch die ganze Dicke des Organes erstreckte, dem auch nicht durch die übrigen Erscheinungen widersprochen wurde. Dagegen haben der weitere Verlauf der Krankheit und die Resultate der Leichenöffnung uns keinen sonderlichen Nutzen

zur Beantwortung der Frage über die pathologische Bedeutung, die Entstehung und das Verhalten der vorgefundenen Rückenmarkskrankheit, die Erweichung, zu den übrigen Abweichungen des Körpers gebracht. In meiner früheren Mittheilung über diesen Fall hatte ich als eine mögliche Erklärung angedeutet, dass die die Kyanose bedingende und begleitende Ausdehnung aller peripherischen Venenwurzeln und die Hypertrophie des zwischenliegenden Bindegewebes, welche bei unserem Kranken so hervortretend an den Fingern, Zehen und an der Nase war, auch in der Rückenmarkshöhle vorhanden sein und vielleicht einen Druck hedingen könne, welcher der Funktion der Medulla hinderlich sein müsste. Wenn ich nun auf die Resultate der Leichenöffnung zurückblicke, so kann ich nicht leugnen, dass ich durch dieselben mich noch mehr in dieser Annahme bestärkt finde. Es wurde ja gerade eine ausserordentliche Venenausdehnung und Entwickelung von lockerem Bindegewebe zwischen Knochen und Dura mater gefunden, während es auf der anderen Seite natürlicherweise ganz unmöglich bleibt, zu entscheiden, weshalb sich die Erweichung an einer begrenzten Stelle fand, während jene ihren Sitz durch die ganze Länge des Kanales hindurch hatten. Die genauere Untersuchung der erweichten Partie selbst zeigte dass Gefässentwickelung hier eine grosse Rolle gespielt hatte. Das Hauptgepräge der Zerstörung war eine regressive Veränderung aller Gewebe, schwache Spuren von Nervenelementen und deren Zerfallen in verschieden geformte Myelinkörper, reichliche Fettmetamorphose, während die Kapillargefässe die einzigen ursprünglichen Gewebstheile waren, welche sich erhalten hatten und noch in grösserer Menge, grösserer Entwickelung und grösserem Umfange als normal sich vorfanden. Vergleicht man hiermit die ausserordentliche Ueberfüllung mit Blut und Ausdehnung der übrigen Theile des Centralnervensystemes, namentlich in der Art, wie sie im Sektionsberichte, als in der grauen und weissen Masse des Gehirnes vorkommend, beschrieben sind, so scheint es mir gewiss, dass der allgemeine Zustand des peripherischen Gefässsystemes über den ganzen Körper in einem auffallenden Grade auch seine Entwickelung im Centralnervensysteme ge-

funden hatte, und dass hiedurch ein im hohen Grade disponirendes Moment zur Bildung von Hindernissen für das Leitungsvermögen der Elemente und deren materiellen Zerfall geboten gewesen ist. Zur Entstehung dieser Prozesse mögen allerdings örtliche Veranlassungen an der leidenden Stelle erforderlich gewesen sein, die wir aber nicht im Stande sind nachweisen zu können. Es scheint mir ferner, dass man auf diese Weise eine recht gute und befriedigende Erklärung über die so häufig beobachteten mangelhaften Hirnfunktionen bei Kyanotischen erhält.

Wenden wir uns nun zu den Aufklärungen, welche die in Rede stehende Beobachtung hinsichtlich der Pathologie der Kyanose geben kann, so wollen wir uns wieder daran erinnern, dass man in älterer Zeit dieselbe von einer Vermischung des arteriellen und venösen Blutes, in der Regel als Folge einer Oeffnung in der Scheidewand des Herzens, herleitete und glaubte, dass diese Mischung durch die Arterien zur Peripherie geführt würde. In neuerer Zeit hingegen hatte man ziemlich allgemein, dieser Lehre entgegen, angenommen, dass die Kyanose in einer Stasis und Ausdehnung des Venensystemes und deren Folgen begründet sei, die in der Regel durch ein Hinderniss gegen die Blutströmung durch das Herz oder die Lungen bedingt sei, eine Theorie, welcher zufolge also jede Blutbahn demungeachtet die ihr zukommende Art von Blut führt. Die Beobachtung von Kyanotischen während der Lebenszeit bestätigt ganz diese letzte Meinung und findet sich auch kein einziges Zeichen, welches auf einer Vermischung beider Blutarten in der Bahn der Arterien hindeuten könnte. Beim ersten Anblicke könnte hingegen die anatomische Untersuchung in unserem Falle für eine solche Auffassung zu sprechen scheinen, indem wir hier einen einzigen gemeinschaftlichen Arterienstamm von beiden Herzkammern ausgehend finden, in welchem also beide von diesen ausgehenden Blutströme nothwendig mit einander in Berührung kommen müssten, und waren dabei ausserdem noch die Scheidewände beider Herzhälften offen. Von diesem letzten Momente dürfte man inzwischen allerdings in dieser Hinsicht grösstentheils absehen können, denn die Oeffnung in der Scheide-

wand der Vorhöfe war, wie so oft, von einer Art von Klappe geschlossen und hat gewiss nicht die Ueberströmung des Blutes zugelassen und die Oeffnung in der Scheidewand der Ventrikeln kann wohl kaum, wenn man sie dem bequemen und nothwendigen Zusammenflusse, der, wie anzunehmen ist, in diesem Falle in dem gemeinschaftlichen Arterienstamme stattfinden musste, gegenüber hält, von grosser Bedeutung für die Vermischung des Inhaltes beider gewesen sein. Inzwischen möchte ich doch hierzu bemerken, dass das Zusammenströmen der beiden Blutarten in einer kurzen Strecke in ein und dasselbe Gefäss nicht nothwendigerweise die Zusammenmischung derselben bedingt. Man kann sich nämlich sehr gut denken, dass das arterielle und venöse Blut, jedes aus seinem Ventrikel kommend, sich noch in dem gemeinschaftlichen Gefässstamme von einander getrennt gehalten haben könne, gleichsam neben einander fliessend, auf dieselbe Weise wie zwei zusammengetretene Flüsse ihr Wasser nicht sofort mit einander vermischen. Auf einer längeren Strecke fortdauernd würde eine Vermischung allerdings wohl erfolgen, allein man bedenke, dass in unserem Falle die Ströme sehr schnell, nach einem Verlaufe von etwa $^3/_4$", sich wieder getheilt haben, der Arterielle, um der Fortsetzung des Stromes zu folgen, der Venöse aber, um in die hier abgehende Lungenarterie zu fliessen. Dieses ist jedoch nur eine Vermuthung, welche aber durch mehrere Umstände unterstützt zu werden scheint. Es ist ja nämlich bekannt, dass, wenn die Arterien irgend einmal die Führer von venösem oder gemischtem Blute werden, die Struktur ihrer Wände sich verändert, die mächtige Tunica media verschwindet, so dass sie den dünnen Venen ähnlich werden; hiervon fand sich in dem in Rede stehenden Falle keine Spur vor, die Arterien waren wohl entwickelt und selbst der gemeinschaftliche Stamm hatte im Gegensatze zu der abgehenden Lungenarterie diesen, wenn auch pathologischen, Charakter derselben nicht angenommen. Demnächst musste man unter Annahme einer augenblicklichen Vermischung des Blutes erwarten, dass die kyanotische Beschaffenheit sich eben so gut in dem kleinen wie in dem grossen Kreislaufe zu erkennen gegeben haben müsste; — die Mischung

musste zu den Lungen auf dieselbe Weise wie zu den übrigen Theilen des Körpers gekommen sein, allein davon fand sich keine Spur; die Lungen waren ganz normal beschaffen, sie waren nicht auffallender mit Blut überfüllt als jeder andere Theil des Körpers und war ihre Farbe weder hochroth, noch mehr dunkelroth als gewöhnlich.

Dieser Punkt hat ganz gewiss keine grosse Bedeutung, insoferne man hierzu bemerken könnte, dass auf die Farbe des zuströmenden Blutes beständig in den Lungen durch die Wechselwirkung mit der Luft eingewirkt werden wird, jedenfalls müssen wir aber doch festhalten, dass sich im kleinen Kreislaufe, im Gegensatze zu dem grossen, keine Spur von Stasis vorfand. Am wichtigsten erscheint mir dagegen ein dritter Aufschluss, welchen uns die Leichenöffnung unmittelbar geliefert hat, nämlich der direkte Nachweis der ausserordentlichen Entwickelung und Ueberfüllung des ganzen Venensystemes des grossen Kreislaufes. Diese fand sich sowohl in den grossen als kleinen Venen; ich habe beispielsweise die ausserordentliche Ausdehnung der Venae coronariae erwähnt und kann auf ein gleiches Verhalten in den Parenchymen hinweisen, woselbst das Mikroskop den Eindruck der allgemeinen Untersuchung bestätigte. Und hierin haben wir sicherlich das allgemeingültige, pathologisch-anatomische Substrat für die Kyanose, welches sich in einem jeden Falle derselben finden wird, während die Abnormitäten im Centrum auf verschiedene Weise wechseln können, die Septa seien nun offen oder geschlossen u. s. w., wenn nur ein Kreislaufhinderniss dadurch gegeben ist. Diesen direkten Nachweis der anatomischen Grundlage der Kyanose hat unsere Beobachtung also auf das Vollständigste geliefert.

Was ist denn in diesem Falle die Ursache der Kyanose und der so bedeutenden Ausdehnung und Füllung des venösen Abschnittes des grossen Kreislaufes gewesen? Natürlicherweise ein gehinderter Abfluss für dieses Blut aus der rechten Seite des Herzens, wozu hier ja Momente genug vorhanden waren. Die vorhanden seiende Hemmungsbildung, die von einer mangelhaften Spaltung des Conus arteriosus herrührte und ihren Ursprung aus einer sehr frühen Periode des Fruchtl-

lebens hatte, bestand ja in einem einzigen gemeinschaftlichen Arterienstamme, welcher an und für sich nicht weiter und geräumiger war als ein einziger der beiden Stämme, zu welchen er die Grundlage gebildet haben sollte, gewesen sein würde, und es ist klar, dass hiedurch an und für sich schon ein engerer Abfluss für die aus beiden Herzhälften zusammenkommenden Ströme bedingt gewesen sein muss. Hierzu kommt aber, dass aller Wahrscheinlichkeit nach dieser Stamm grösstentheils zum Ablaufe für den Strom vom linken Herzen und nur im geringen Theile für den vom rechten Herzen diente, denn die Wände desselben waren entschieden die der Aorta, seine Fortsetzung war die Aorta, während die Lungenarterie nur als ein Ast davon abging, und endlich deutet die weit bedeutendere Hypertrophie der Wände des rechten Herzens bestimmt darauf hin, dass dieses ein weit grösseres Hinderniss zu überwinden hatte als das linke Herz, und ebenso zeigt auch der Mangel von Blutstauung im kleinen Kreislaufe bestimmt an, dass kein sonderliches Hinderniss für den Ablauf des Blutes vom linken Herzen vorhanden gewesen ist.

Auf diese Weise komme ich denn dahin, die Diagnose des vermutheten Herzfehlers zu berühren, welche ich in meinem früheren Aufsatze glaubte aufstellen zu können. Ich sprach mich ziemlich für eine Stenose oder für ein Hinderniss beim Ursprunge der Arteria pulmonalis mit gleichzeitig offenem Septum ventriculorum aus und fügte hinzu, dass diese Stenose, im Betrachte des Grades der Kyanose, die also nicht durch das offene Septum kompensirt geblieben war, sehr bedeutend sein müsste, und dass es vielleicht möglich sei, dass die Arteria pulmonalis ganz fehle. Man wird sehen, wie sehr meine Vermuthung der Wahrheit gewesen ist, indem sich Oeffnungen im Septum fanden und das Hinderniss des Abflusses vom rechten Herzen jedenfalls sehr bedeutend gewesen ist, um nicht zu sagen, dass die Lungenarterie in unserem Falle im Grunde fehlte.

Durch die gefundene anatomische Disposition erhalten wir eine leichte und natürliche Erklärung der Bildung und Fortpflanzung des wahrgenommenen Nebengeräusches, und auch in dieser Hinsicht kann ich die Richtigkeit dessen, was

ich früher angeführt habe, behaupten. Das Nebengeräusch ist in der rechten Hälfte des Herzens von dem Hindurchtreiben des Blutes durch eine verengerte Passage erzeugt, und die Fortpflanzung desselben weit in das Aortasystem hinaus ist durch die, besondere Disposition des Arterienstammes quer über der Basis der Scheidewand erleichtert worden.

Es gibt dagegen einen Punkt in meiner früheren Diagnose des Falles, in welchem ich, wie ich offen anerkenne, geirrt habe, nämlich hinsichtlich des Vorhandenseins von Dilatation und Hypertrophie, namentlich des rechten Herzens. Ungeachtet diese sich als sehr bedeutend ergeben haben, konnte ich diese Erscheinungen doch, trotz öfter wiederholter physikalischer Untersuchungen, bei Lebzeiten des Kranken nicht nachweisen, welches natürlich von Mängeln der Untersuchung herrührte. Gewiss ist es aber, dass das vermuthete Fehlen dieser Hypertrophie, welches wenig zu meiner übrigen Diagnose über den Zustand passte, mich damals in nicht geringe Verlegenheit brachte und meine Diagnose mit viel weniger Sicherheit stellen liess, als wenn es mir gelungen wäre, die Gegenwart der Hypertrophie nachzuweisen.

Endlich will ich noch auf die besondere Form der Oeffnung in der Scheidewand der Kammern, welche hier vorhanden war, aufmerksam machen. Man wird sich nämlich aus dem Sektionsberichte erinnern, dass, ausser der Kommunikation, welche zwischen den Ventrikeln dadurch zu Wege gebracht wurde, dass dieselben oberhalb der Basis der Scheidewand beide in dasselbe Gefäss ausmündeten, etwas weiter hinab in der fleischigen Masse des Ventrikels, vom Rande der Basis durch eine Fleischbrücke von der Dicke einer guten Rabenfeder geschieden, noch eine Oeffnung von länglich-runder Nierenform, mit ihrem längsten Durchmesser von vorne nach hinten hin und so gross etwa wie eine gewöhnliche weisse Bohne, sich vorfand. Die Ränder derselben waren vollkommen glatt und regelmässig abgerundet, mit natürlichem Endokardium bekleidet und das unterliegende Muskelgewebe war gesund.

Unter diesen Umständen kann natürlicherweise nicht die Rede davon sein, dass diese Oeffnung ein pathologisches Pro-

dukt sein, das heisst, von Krankheit in der Substanz des Herzens herkommen sollte, um so mehr, als sich ja hier eine von den Missbildungen der abgehenden Gefässe, welche fast immer von offenstehenden Scheidewänden begleitet werden, vorfand. Förster (Die Missbildungen des Menschen u. s. w. S. 140) stellt dieses gegenseitige Verhalten also dar, dass in einer Reihe von Fällen die mangelhafte Entwickelung des Septums das Ereigniss ist, welches parallel mit einer fehlerhaften Entwickelung der grossen Arterienstämme geht, indem die Bildung jenes, namentlich des Septums der Kammern, dieselbe Bedeutung hat und von der normalen Entwickelung, namentlich der Spaltung des Conus arteriosus, abhängig ist. In einer anderen Reihe von Fällen hingegen wird die Schliessung der Septa geradezu auf eine mechanische Weise verhindert, indem durch ein vorhandenes Hinderniss im Ablaufe des Blutes aus einer der Höhlen des Herzens dieses gezwungen wird, in die Nachbarhöhle zu strömen, und wird auf diese Weise die Verbindung desselben erhalten. In dem vorliegenden Falle ist aller Grund vorhanden, denselben zu der ersten Gruppe zu bringen, wobei inzwischen doch bemerkt werden muss, dass man durch diese Annahme nicht die Vermuthung aufzugeben braucht, dass die widernatürliche Oeffnung dadurch, dass sie ein Ueberströmen zuliess, dennoch dazu gedient haben dürfte, die Ueberfüllung der Höhle zu verringern, welche in ihr eintreten musste, wenn durch die anatomische Disposition ein verhinderter Abfluss zugleich vorhanden war, und dass Solches wahrscheinlich in unserem Falle stattgefunden hat, haben wir bereits in der bedeutenden Hypertrophie der Ventrikelwände angedeutet gefunden.

Eine ganz besondere Aufmerksamkeit verdient aber auch die Stelle der hier vorhandenen Oeffnung, und in dieser Hinsicht ist unser Fall gewisslich ein ziemlich selten vorkommender, indem Förster nicht einmal dieses Verhaltens erwähnt. Die Scheidewände der Kammern wachsen ja von der hinteren und unteren Wand des Herzens heraus und werden zuletzt ganz oben bei der Basis mit einer membranösen Partie, welche hauptsächlich nur aus dem Endokardium von beiden Kammern besteht, geschlossen. Deshalb findet man denn

auch die abnorme Oeffnung fast immer an dieser Stelle, es sei nun, dass ein mechanisches Moment die Verschliessung verhindert habe, oder aber, dass dieselbe als eine Hemmungsbildung zurückbleibt, welche von fehlender Spaltung des Conus arteriosus begleitet wird. In unserem Falle hingegen lag die Oeffnung mitten im fleischigsten Theile der Scheidewand und war von der Basis durch eine dicke Fleischbrücke geschieden, während sich keine Spur von der membranösen Partie fand, die der Ursprungsstelle von dem gemeinschaftlichen Arterienstamme Platz gemacht hatte.

II. Hospitalberichte.

Bericht über das Kinderhospital zu Kopenhagen im Jahre 1863 von Dr. A. Brünniche*).

Vom 1. Januar bis 31. Dezember 1863 sind im Hospitale 111 Kinder behandelt worden, von welchen 15 vom Jahre 1862 im Hospitale verblieben und 96 im Laufe des Jahres 1863 aufgenommen waren. — Es gingen von diesen im Laufe des Jahres ab 92 und blieben am 31. Dezember 19 in Behandlung. Von den 92 abgegangenen Kindern wurden

geheilt 72
gebessert 8 } = 87,06 Proz.
es starben 12 = 13,04 Proz.

Unter den Aufgenommenen befanden sich 50 Knaben und 46 Mädchen. Was das Alter anbelangt, so mussten wegen besonderer Verhältnisse 10 aufgenommen werden, die über das Alter, welches für die Aufnahme bestimmt ist, hinaus waren, und 22, die selbiges noch nicht erreicht hatten. — Das dem Hospitale zunächst belegene Quartier der Stadt lieferte 46, die übrigen Theile derselben und die Vorstädte 50.

*) Aus der *Bibliothek for Læger* von 1864 mitgetheilt von Dr. von dem Busch.

Für 7 Kinder wurde Zahlung geleistet, die übrigen wurden ohne Vergütung behandelt und verpflegt. — Was die Belegung des Hospitales anbelangt, so hatten sämmtliche Kranke 5404 Krankentage gehabt oder hatte jeder Kranke im Durchschnitte $88,_6$ Tage im Hospitale gelegen.

Sämmtliche 111 Kranke hatten, 140 Krankheiten, nämlich 67 äusserliche und 73 innerliche, gehabt, wie solches aus einer beigefügten Tabelle zu ersehen ist. Aus dieser Tabelle ergibt sich auch, dass die 80 Kranken, welche geheilt oder gebessert entlassen waren, an 106 Krankheitsfällen, die 12 Gestorbenen an 15 gelitten hatten, nämlich:

5 an akuter Tuberkulosis;
1 an akuter Tuberkulosis und Bronchopneumonie;
2 an chronischer Tuberkulosis;
1 an chronischer Tuberkulosis und Bright'scher Krankheit;
1 an Bronchopneumonia duplex (dasselbe starb 42 Stunden nach der Aufnahme);
1 an Pneumonia duplex und Krup (das 4 Stunden nach der Aufnahme starb);
1 an Krebs.

Die Sterblichkeit, welche also im Jahre 1863 $13,_{04}$ Proz. von sämmtlichen Abgegangenen betrug, kommt der Durchschnittssterblichkeit für die 12 vorangegangenen Jahre der Wirksamkeit des Hospitales ($12,_2$ Proz.) ziemlich nahe, und kann schwerlich für bedeutend gehalten werden, wenn man namentlich die oben genannten Krankheiten, welche den Tod veranlassten, und den Zeitpunkt berücksichtigt, in welchem er bei zwei von den Kranken nach ihrer Aufnahme eingetreten war.

Was die vorgekommenen Krankheitsformen anbelangt, so kamen im ersten Theile des Jahres Rötheln, ebenso wie in der Stadt, auch im Hospitale, namentlich unter den schon vorhandenen Kranken, vor. Am Schlusse des Jahres kamen vier Fälle von Typhoidfieber in's Hospital, welche sämmtlich glücklich ablaufen zu wollen scheinen. Auch Keuchhusten, Scharlachfieber, Varizellen und Krup kamen vor, jedoch ohne epidemischen Charakter, und bis dahin hatte sich keine von diesen Krankheiten auf die im Hospitale befind-

lichen Kranken verbreitet. Masern sind gar nicht vorgekommen. Besondere Krankheitsveranlassungen haben sich in dem in Rede stehenden Jahre nicht innerhalb der Mauern des Hospitales entwickelt.

Von mehr ungewöhnlichen Fällen erlaube ich mir nun folgende mitzutheilen:

Bei einem $2^1/_2$ Jahre alten Mädchen wurde ein weit ausgebreiteter und schnell entwickelter Medullarkrebs beobachtet. Der Krankheit war kurz vorher eine Verletzung am Kopfe vorangegangen und schien die bedeutende Entwickelung der ganzen Krankheit im Verlaufe von etwa drei Monaten vor sich gegangen zu sein. Zuerst hatte man eine bräunliche Färbung und Oedem der Augenlider, darauf Exophthalmos bemerkt und endlich hatte sich eine grosse Menge von gröseren und kleineren, härteren und weicheren, am Ende sogar fluktuirenden Geschwülsten am Schädel, an den Maxillen und in den lymphatischen Drüsen, verbunden mit einem ausgesprochenen kachektischen Zustande, starker Entwickelung des Venensystemes, ächtem Venenpulse am Halse und einem systolischen Blasegeräusche im Herzen, eingefunden. Eigentliche Hirnsymptome kamen nicht vor; das Kind litt nur an hartnäckiger Verstopfung und gegen die Zeit, in welcher der Tod unter Marasmus eintrat, an Erbrechen der Ingesta, und war es im Ganzen träge. Das Blut hatte sich nicht mit farbelosen Blutkörpern überladen gezeigt. Die Sektion ergab, dass die Geschwülste auf den Knochen aus einem zwischen Periosteum und Knochen abgelagerten, sehr gefässreichen Medullarkrebse bestanden, der reich von strahlig gerichteten, nadelförmigen Osteophyten durchzogen war. Diese Geschwülste waren in grosser Anzahl über der Aussen- und Innenseite des Schädels verbreitet und an der letzteren waren sie so gross, dass sie an mehreren Stellen tiefe Eindrücke in die übrigens gesunde Hirnsubstanz gemacht hatten. Gleiche Bildungen wurden auch an einem grossen Theile der übrigen Knochen des Skelettes, wie an den Rippen, an der Wirbelsäule und den Hüftbeinen gefunden, und endlich fanden sich auch Krebsneubildungen in einer grossen Menge der lymphatischen Drüsen am Halse, in der Brust und im Unterleibe. Namentlich lag eine Geschwulst,

die so gross wie zwei geballte Fäuste war, hinter der Leber, die mit dem oberen Ende der rechten Niere verwachsen war und, wie es sich zeigte, theils Medullarmasse, theils eine stark von Blut infiltrirte Partie, und endlich eine dritte Partie enthielt, in welcher die Degeneration in einer regressiven, käseartigen Metamorphose begriffen war. Der histologische Bau der Geschwülste bestand aus einem feinen Stroma von Bindegewebe, welches besonders gefässreich war, Alveolen bildete, in welchen eine grosse Menge ziemlich kleiner Kerne und nur wenige Zellen lagen; hin und wieder war die Textur durch Blutinfiltrationen, die durch das Bersten der vollen neugebildeten Gefässe entstanden waren, unterbrochen. — Es dürfte wohl nicht überflüssig sein, wenn ich bei diesem ungewöhnlichen Falle besonders noch theils auf die Seltenheit desselben in einem so frühen Lebensalter, theils auf deren mögliche Entwickelung aus einer vorangegangenen Verletzung, theils auf die ungeachtet des bedeutenden Druckes auf's Gehirn gänzlich fehlenden Hirnzufälle und endlich auf die rapide Entwickelung aufmerksam mache, die in Verbindung mit der multiplen Form im Periosteum und dem ganzen histologischen Baue sehr darauf hindeutet, dass die Knochenhaut hier der primäre Ausgangspunkt des Leidens gewesen ist. Die hierhin gehörenden Präparate habe ich dem pathologischen Museum der Universität übergeben.

Am Ende des Jahres 1862 wurde ein kleines gut entwickeltes Mädchen von etwa zwei Jahren, welches vor einigen Wochen in seinem elterlichen Hause die Masern durchgemacht hatte, in's Hospital gebracht. Während der Masern schienen die Augen nicht sonderlich gelitten zu haben, aber ein Paar Wochen nachher wurde, ohne andere nachweisbare Ursache, das rechte Auge des Kindes von einer bedeutenden Geschwulst und Schmerzen befallen, und schon bei der Aufnahme derselben war die äussere das Augenlid bedeckende Haut in einem ziemlich bedeutenden Umfange mortifizirt; die Bindehaut des Auges chemotisch und von einer graulichen Schicht bedeckt; es war eine reichliche purulente Absonderung vorhanden, doch hatte das Allgemeinbefinden verhältnissmässig ziemlich wenig gelitten. Während sich die äusser-

liche Gangrän langsam abstiess und auch grosse Partieen von der diphtheritischen Bindehaut ebenfalls verloren gingen, Narbenbildung und sekundäres Ektropium hinterliessen, erlitt die Hornhaut eine gradweise Desorganisation, welche zu Staphylombildung und nach der Exzision der Staphylomes zu Atrophie des Bulbus führte. —

Da das Leiden bei der Aufnahme des Kindes bedeutend vorgeschritten war und es schwer fiel, damals dessen Ausgangspunkt zu bestimmen, so war es etwas zweifelhaft gewesen, ob die Krankheit wirklich von einer diphtheritischen Augenentzündung herrührte, was der Zustand der Bindehaut im Anfange allerdings vermuthen liess. Während des Verlaufes der Krankheit wurde dieser Zweifel aber auf eine interessante Weise dadurch gehoben, dass etwa 6 Wochen nach dem Anfange derselben und lange nach dem Verschwinden jeglicher Spur des diphtheritischen Beleges auf der Schleimhaut, eine sekundäre Paralyse des Rachens und der rechten Hälfte des Gesichtes entstand, welche etwa 3 Wochen dauerte und ohne besondere Behandlung sich verlor. An keiner Stelle war das Gefühl vermindert, die Bewegung der Extremitäten war durchaus frei und fand sich kein Eiweiss im Urine. So viel mir bekannt ist, gehören Gesichtsparalysen zu den grössten Seltenheiten unter den sekundären Diphtheritislähmungen und stand ihr Vorkommen in diesem Falle möglicherweise mit der naheliegenden Stelle, an welcher die Diphtheritis ihren Sitz gehabt hatte, in Verbindung.

Ein $3^1/_2$ Jahre alter, gut entwickelter Knabe kam am 1. September mit einer akuten Peritonitis, welche zwei Tage zuvor entstanden war, in's Hospital. Im ganzen Hypogastrium war bereits Exsudat vorhanden, die Därme waren tympanitisch ausgedehnt und waren Darmparalyse, Singultus, Kollapsus und bedeutendes Fieber zugegen. Unter der Anwendung von Blutegeln, Eisumschlägen, Morphium, innerlich gegeben, und endlich von einem grossen Blasenpflaster auf den Leib fing die Darmfunktion am siebenten Tage der Krankheit endlich wieder an; der Meteorismus verlor sich und besserte sich das Allgemeinbefinden nach und nach. Nachdem die akute Krankheit aber gebrochen war, blieb eine ziemlich bedeutende,

begrenzte Ansammlung im Peritoneum zurück, welche die ganze untere Hälfte desselben einnahm, das Hypogastrium hervortrieb und der Funktion der Beckenorgane hinderlich wurde, indem sich die Verminderung der Kapazität der Harnblase durch häufigen Drang zum Wasserlassen zu erkennen gab und der Dickdarm gewöhnlich Reizungen der Schleimhaut ausgesetzt war. Während sich das Allgemeinbefinden in der darauf folgenden Zeit besserte und das Fieber abnahm, spitzte der untere Theil des Unterleibes sich allmählig mehr hervor, der Nabel verstrich und im Umkreise der oberen Begrenzung der Ansammlung fühlte und erkannte man vermittelst der Perkussion deutlich die harte und feste Adhärenz, durch welche die Ansammlung von der übrigen Höhle des Unterleibes abgegrenzt wurde. Endlich öffnete sich dieses Empyema peritonaeale von selbst durch ein Aufbrechen der Nabelstelle, woselbst in den ersten Tagen eine grosse Menge eines dünnen, flockigen, Luftbläschen enthaltenden und übelriechenden Eiters ausgeleert wurde, wobei die Geschwulst zusammenfiel, die Funktion der Blase sich wiederherstellte und rückten jene harten Begrenzungen vor der Ansammlung (von welchen ich eine Zeit lang befürchtet hatte, dass sie eine tuberkulöse Degeneration des Omentums sein möchten) nun mit der Abnahme des Volumens der Höhle gradweise hinab. Lange Zeit hindurch bestand der Ausfluss in einem Aussickern, ohne dass dadurch die vorschreitende Besserung des Allgemeinbefindens gestört wurde. Am 10. Dezember war die Fistel geschlossen, der Unterleib hatte die natürliche Konsistenz und Form, es wurden nur durch eine leichte Mattigkeit bei der Perkussion unter dem Nabel die Reste der pathologischen Höhle angedeutet, alle Funktionen waren normale und am 31. Dezember verliess der Knabe völlig geheilt das Hospital.

In einer langen Reihe von Monatslisten des Hospitales ist ein kleines Mädchen, Nancy Hansen, als an einer osteitischen Affektion leidend, aufgeführt. Unter Armuth und Noth war das Kind, bis es fast zwei Jahre alt war, mit der Muttermilch auferzogen worden, und wurde es um diese Zeit wegen der ersten Aeusserungen der Krankheit in Behandlung ge-

nommen, welche wohl mit einer syphilitischen Affektion, woran der Vater vor der Geburt des Kindes gelitten hatte, in ursachlicher Verbindung gestanden haben mag. Es zeigte sich nämlich zuerst bei dem Kinde eine Geschwulst in den weichen Theilen des linken Oberarmes dicht über dem Condylus internus, welche sich langsam erweichte, mit mehreren fistulösen Geschwüren sich öffnete und eigentlich niemals wieder zuheilte. Kurze Zeit nachher fingen Geschwülste der Diaphysen an verschiedenen Phalangen der Hände und Mittelhandknochen an, sich zu bilden; diese Knochentheile nekrotisirten; es bildeten sich Fistelgänge bis zu den Sequestern hinein, von welchen späterhin ausgezogen wurden: die erste Phalanx des ersten, zweiten und dritten Fingers der rechten Hand, ferner die erste Phalanx des dritten und vierten Fingers der linken Hand, so wie der erste und zweite Mittelhandknochen derselben. Demungeachtet zeigten keine der Wunden eine Neigung zum Heilen; die Finger fielen zu unförmlichen Klumpen zusammen, mehrere Knochen nekrotisirten fortwährend und gleichzeitig bildete sich in den weichen Theilen der linken Wade ein gummoser Knoten, welcher langsam erweichte und ab uud zu eine dünne, purulente Flüssigkeit ausleerte. Auch das rechte Os zygomaticum und die Maxilla superior wurden von Karies ergriffen; der Zustand im Allgemeinen nahm während aller dieser Vorgänge mehr ab, namentlich litt das Kind beständig an einem nicht zu stillenden Durchfalle, der am Ende stinkend und chokoladefarbig wurde; mitunter zeigte sich Oedem theils im Gesichte, theils an den Knöcheln und am Ende wurde der Urin stark eiweisshaltig, ohne jedoch besonders geformte Betandtheile zu enthalten. Unter einem stets überhand nehmenden, zuletzt äussersten Marasmus ist das Kind am 3. Januar endlich gestorben. Die Leichenöffnung ergab eine bedeutende Nekrosis der erwähnten Gesichtsknochen und des ganzen mittleren Mittelhandbandes der rechten Hand. An Stelle der fortgenommenen Phalangen war keinerlei Neubildung von Knochen erfolgt, sondern war ihre Stelle nur von einem sehnigen Narbengewebe ausgefüllt. Interessanter war es jedoch, dass die Diagnose des Zustandes der inneren Organe ihre Bestätigung er-

hielt. Die Wände des Darmkanales waren dünn und bleich, die Schleimhaut war ganz unversehrt, ohne irgend welche Geschwüre oder Erosionen; die Arterien der Schleimhaut des Dünndarmes waren aber amyloid degenerirt. Beide Nieren waren klein; an ihren Oberflächen fanden sich grosse Granulationen; die Glomeruli und Arterien derselben waren amyloid degenerirt und dabei fand sich in der Rindensubstanz eine bedeutende interstitielle Hyperplasie. Die Milz war ein charakteristisches Beispiel von der Form der Amyloidverwandlung, welche den Namen Sagomilz erhalten hat. Die Leber war dagegen gesund.

Ueber zwei besonders interessante Fälle von Kyanose, welche ihren Grund in angeborenen Herzfehlern hatten, und die ich im Laufe des Jahres im Hospitale beobachtete, habe ich bereits in der *Bibliothek for Laeger* von 1863 Mittheilung gemacht*), weshalb ich dieselben hier nicht wiederholen will.

In meinem vorigen Jahresberichte habe ich meine Erfahrungen über die akute Miliartuberkulosis etwas ausführlich mitgetheilt; auch in diesem Jahre ist diese gefährliche Krankheit in nicht weniger als sieben Fällen im Hospitale vorgekommen. Während diese Fälle mir keine Veranlassung gaben, meine in jenem Berichte ausgesprochenen Ansichten zu modifiziren, gibt es doch einen Punkt, zu welchem ich in diesem Jahre eine neue Erfahrung hinzuzufügen habe. Ich musste nämlich bis dahin die Prognose für diese Krankheit als besonders ungünstig stellen, denn unter einer bedeutenden Anzahl von Kranken dieser Art hatte ich bis dahin keinen Einzigen genesen sehen. Nun ist aber am Schlusse des Jahres ein Fall in's Hospital gekommen, über dessen Diagnose ich keinen Zweifel hegen kann und der mir wenigstens bis jetzt wohl begründete Hoffnung macht, als wenn derselbe, obschon er zu der meist tödtenden, meningealen Affektion gehört, glücklich ablaufen wird. Unter der Richtigkeit dieser Voraussetzungen wird dieser Fall so ausserordentlich selten sein, dass es mir scheint, als wenn eine grössere Ausführlich-

*) Ebenfalls im Journale für Kinderkrankheiten Bd. XLII S. 321 ff. mitgetheilt.

heit in Erzählung desselben dadurch gerechtfertigt werden wird.

Der Kranke ist ein auf dem Lande geborener Knabe, dessen Eltern noch am Leben sind und nicht schwächlich sein sollen; es scheint auch im Hause derselben weder Noth und Armuth geherrscht zu haben, noch die Pflege der Kinder vernachlässigt worden zu sein. Ein Jahr lang wurde der Knabe von seiner Mutter gesäugt, bekam die Zähne zur gehörigen Zeit und ohne besondere Zufälle, fing ziemlich früh an zu gehen, erst spät an zu sprechen und ist nicht vaccinirt worden. Sein Gesundheitszustand ist früher gut gewesen, namentlich hat er an keiner der gewöhnlichen Kinderkrankheiten gelitten, aber seitdem er im Anfange des Jahres 1863 mit seinen Eltern in die Stadt gezogen war, hatte er beständig gekränkelt, und zwar nach der Meinung eines zu Rathe gezogenen Arztes in Folge von Unterleibstuberkulosis; allein weder hierüber, noch über den Zeitraum von etwa 14 Tagen, welcher der Aufnahme vorausging und während dessen er kränker gewesen sein und gefiebert haben soll, konnten keine zuverlässige Aufklärungen erhalten werden. Bei der Aufnahme am 6. Dezember fand ich ihn als einen $2^1/_2$ Jahre alten Knaben von recht kräftigem Körperbaue, wohlgenährt; Haut und Fettgewebe stark und kräftig; die Muskeln gut entwickelt; der Knabe ist blond, die Fontanellen sind geschlossen, sämmtliche Milchzähne sind vorhanden; der Umfang des Kopfes mass 18″, die Brust $17^1/_2$″; das Skelett ist wohlgebildet. Der Knabe kann den Kopf durchaus nicht aufrecht halten, derselbe sinkt matt auf das Kissen hin und wird beständig nach der rechten Seite hin gedreht. Kongestionen sind nicht vorhanden, dagegen schielt der Knabe ab und zu; beide Pupillen sind ausgedehnt und die rechte ist etwas grösser als die linke; wiederholt knirscht er stark mit den Zähnen. Mit dem rechten Arme macht er einige hurtige und unsichere, jedoch nicht ganz unwillkürliche Bewegungen, aber nur die rechten Extremitäten können bewegt werden, indem die der linken Seite sowohl hinsichtlich des Gefühles als der Bewegung gelähmt sind. Das Bewusstsein ist nicht verloren gegangen; der Knabe nimmt gerne das ihm gereichte Ge-

trank, welches jedoch ab und zu wieder aus der Nase zurückfliesst; er ist nur etwas träge in der Auffassung dessen, was man ihm sagt. Brustzufälle sind nicht vorhanden und lässt die physikalische Untersuchung keine Abnormität in den Lungen vermuthen; im Herzen wird ein sanftes, systolisches Blasegeräusch gehört. Der Puls hat 100 Schläge und ist an der gelähmten Seite bedeutend kleiner als an der anderen. Die Temperatur fühlte sich ziemlich natürlich an. Gleich nach der Aufnahme hatte der Knabe wiederholt schleimige, grünliche Massen ausgebrochen; der Unterleib war weich; Leibesöffnung fehlte; der Urin ging unwillkürlich ab; besonders charakteristisch zeigte sich die meningitische Färbung (Tâche cérébrale). Es wurden kalte Umschläge auf den Kopf, Vesikatorien an die Waden, Plummer'sche Pulver und ein Pulv. Jalappae compos. verordnet. Dieses hatte am 7. Dezbr. noch nicht gewirkt und erst nach einem Klystire bekam der Knabe an diesem und den folgenden Tagen Oeffnung. Am 7., 8. und 9. blieb der Zustand ungefähr derselbe; der Knabe erbrach sich gewöhnlich, der Unterleib blieb bootförmig eingezogen, die Leibesöffnung war immer träge, der Puls klein, ab und zu stellten sich konvulsivische Bewegungen der rechten Extremitäten und in der rechten Seite des Gesichtes ein, während die linken Extremitäten völlig lahm blieben. Am 7. fing ich mit Einreibungen von grauer Salbe an, die ich zweimal täglich an den Seitentheilen des Brustkorbes machen liess, und erhielt das Kind ausser dem Plummer'schen Pulver täglich ein Pulv. Jalappae compos. Erst am 16. fing dieses an abführend zu wirken und hiernach war der Unterleib weniger eingefallen. Am 11. hörte das Erbrechen auf; es zeigte sich nun aber Ptosis des rechten Augenlides; während beim Mienenspiele der Mundwinkel nach rechts hin abwich, wurde die Zunge beim Ausstrecken nach links hin gezogen und war die Anästhesie der linken Gesichtshälfte vollständig; das Bewusstsein war dabei immer vorhanden, der Puls blieb immer sehr klein, der Zustand der Pupillen und Augäpfel blieb unverändert. — Am 13. hatte das Kind nach dem Pulver eine sehr starke Stuhlausleerung, war ungewöhnlich unruhig, winselte und warf sich im Bette umher. Es

wurde eine Solutio Kali hydrojodic. abwechselnd mit dem Pulv. alterans verordnet. — In der Nacht auf den 14. war mit einer starken Exazerbation des Fiebers über den ganzen Körper ein den Masern ähnliches Exanthem in reicher Menge ausgebrochen; der Puls hielt am Morgen 156 Schläge; katarrhalische Zufälle waren dabei aber nicht vorhanden. Dieses Exanthem übte keinen Einfluss auf die Hirnsymptome aus, verschwand nach einigen Tagen und blieb starkes Jucken und Abschilferung zurück. In den Tagen nachher fing aber wirkliche Besserung an einzutreten; die krampfhaften Bewegungen des rechten Armes legten sich, die Ungleichheit und Dilatation der Pupillen wurden geringer; das Kind fing an mit einzelnen Wörtern zu antworten, und hatte täglich eine dünne Stuhlausleerung in reichlicher Menge und war der Unterleib weich und natürlich beschaffen. — Am 16. liess sich eine Abnahme der Anästhesie bemerken; am 17. bekam das Kind einen längeren, ruhigen Schlaf, in welchem es jedoch noch stark mit den Zähnen knirschte; die Bewegungsparalyse war noch vollständig vorhanden. — Am 19. fing das Kind an Speise zu verlangen und zeigte Theilnahme für seine Umgebung; in den Flexoren des gelähmten linken Armes war eine geringe Kontraktur vorhanden. — Am 21. hatten das Schielen und die Ungleichheit der Pupillen ganz aufgehört. Statt der an den Waden gelegten Blasenpflaster wurde ein solches in den Nacken gelegt. Am 27. hatte sich die Anästhesie im linken Beine ganz verloren, war aber noch im Arme vorhanden; allein am 3. Januar war die Anästhesie in der ganzen linken Seite wieder vollständig vorhanden, die Lähmung ebenfalls; die Ptosis war jedoch gehoben und der Mund nicht mehr schief. Am 5. Januar hatte das Kind endlich angefangen den linken Arm sowohl als das linke Bein willkürlich zu bewegen. Wenn nun noch hinzu kommt, dass das Kind jetzt recht lebhaft ist, spricht, singt, spielt, gut und ruhig schläft, so glaube ich, dass ich wohl die Hoffnung der völligen Herstellung desselben hegen darf. — Die Exkretionen sind noch unwillkürliche, vielleicht zum Theile auch wohl aus schlechter Gewohnheit. Die Leibesöffnung ist seit dem in der Krankheit eingetretenen Wendepunkte ohne Abführungs-

mittel reichlich und breiig gewesen, und ist es mir von demselben Augenblicke an vorgekommen, als wenn die sonst so schwierige Regulirung dieser Funktion hier einen entschiedenen Einfluss auf den Gang der Krankheit gehabt hat.

Ein weiterer Kommentar zu diesem unter allen Umständen interessanten Krankheitsfalle ist hier wohl nicht an seinem Platze. Ich will bloss bemerken, dass sowohl die Anamnese als die schleichende Entwickelung der Krankheit, ihr Verlauf und ihre Symptome mir unzweifelhaft die von mir gestellte Diagnose zu rechtfertigen scheinen, während ich allerdings willig einräumen will, dass das Krankheitsbild noch einige Besonderheiten darbot, wie z. B. das bedeutende Hervortreten der Lähmung und (wenn man will) auch die Genesung. Ich glaube, dass das eingetretene Exanthem nicht Masern oder Rötheln gewesen ist (von welchen sich auch kein Fall in dem Krankenzimmer vorfand oder später unter den aufgenommenen Kindern vorkam), sondern vermuthe ich, dass es vielleicht eher ein Jodexanthem gewesen sein mag*).

In der öffentlichen Konsultation

sind im Jahre 1863 behandelt 354 Kinder: 196 Knaben und 158 Mädchen, von welchen 193 an äusserlichen und 161 an innerlichen Krankheiten litten. In den 13 Jahren des Bestehens des Hospitales sind auf diese Weise 3115 Kinder behandelt worden.

---

*) Sollte das Jod, welches am 13. Dez. verordnet war, bereits in der Nacht auf den 14. ein so starkes Exanthem hervorgerufen haben können?

v. d. Busch.

III. Kliniken und Hospitäler.

Clinique de la ville de Paris. (Hr. Triquet.)

Ueber Frost der Ohren bei Kindern.

Unter Frost (Engelure) versteht man bekanntlich eine röthliche, bisweilen akute und schmerzhafte, öfter aber chronische und schmerzlose Schwellung, welche vorzugsweise die Kutis der äussersten Theile des Körpers, wie die Hände, die Füsse, die Nase, die Wangen und die Ohren befällt. In Bezug auf die Entstehung und Behandlung glaube ich einige Bemerkungen machen zu müssen, die für den Praktiker von Interesse sein können, und es ist besonders der Frost der Ohren, welcher mir dazu Anlass gibt, da ich im letzten Winter vielfach Gelegenheit gehabt habe, namentlich bei Kindern dergleichen Fälle zu beobachten. Die Affektion ist durchaus nicht immer einfach und nicht immer blos auf Anschwellung der Hautbedeckung des äusseren Ohres und des Ohrläppchens beschränkt; vielmehr erstreckt sich die Entzündung nicht selten bis in den Gehörgang hinein und erzeugt daselbst ziemlich grosse Phlyktänen. Diese letzteren können das Paukenfell erreichen und bis in die Paukenhöhle hinein dringen, zu einem schwer heilbaren Ohrenkatarrh Anlass geben und das Gehör beeinträchtigen.

Man trifft diesen Frost der Ohren besonders bei schwächlichen, lymphatischen und namentlich skrophulösen Kindern, bei denen, welche weichlich erzogen sind und mitten im Luxus und Reichthume aufwachsen und auch bei solchen, die der nothwendigsten Lebensbedürfnisse, einer guten Nahrung, warmer Kleidung u. s. w. ermangeln. Man kann also sagen, dass man eigentlich den Frost der Ohren in allen Klassen der Gesellschaft antrifft und es kann dieses nicht überraschen, da die hier in Rede stehende Entzündung eigentlich nichts weiter ist, als eine der larvirten Formen, durch welche die Skrophulosis bei jungen Subjekten sich kund thut und man weiss, dass diese Diathese eben so gut ein Erbtheil der Reichen wie der Dürftigen ist; ich muss sagen, dass nach

meiner Erfahrung die Erblichkeit auch wirklich hier eine grosse Rolle spielt. Allerdings liegen hierin nur die prädisponirenden Ursachen; die veranlassende ist Kälte und Feuchtigkeit. Man trifft daher im Winter und im Beginne des Frühlings den Frost der Ohren am häufigsten und auch am stärksten, und hat er sich einmal eingestellt, so kann die entzündliche Anschwellung dauernd werden und, bald zu-, bald abnehmend, durch alle Jahreszeiten hindurch sich halten. Von diesem chronischen Froste, wie ich ihn wohl nennen kann, habe ich jetzt ein interessantes Beispiel bei einem 40 Jahre altem Manne, welcher am linken Ohrläppchen dicke braune Hautschuppen hat, die nichts Anderes sind, als die Spuren eines in seiner Kindheit entstanden sogenannten Frostes, und es ist höchst merkwürdig, dass die vier Kinder dieses Mannes auch von solchem Froste befallen sind, und zwar nur an den Ohren, während sie an den übrigen Theilen des Körpers, wo der Frost gewöhnlich vorkommt, keine Spur davon haben.

Der Frost der Ohren zeigt sich unter zwei verschiedenen Formen, von denen ich die eine als gutartig, die andere als bösartig oder Hautskrophuloid bezeichne. Bei der gutartigen Form besteht der Frost der Ohren nur in einer einfachen Anschwellung des äusseren Ohres und besonders des Ohrläppchens, des Helix, Anthelix und Tragus. Diese Anschwellung ist sehr oberflächlich, nicht genau begränzt, wenig widerstrebend, mit geringer Röthe, und einem Gefühle von Brennen oder starkem Jucken, welches zum Kratzen nöthigt, besonders wenn äussere Wärme auf die Theile wirkt. Die Röthe selbst ist nicht stark, hat aber etwas Glänzendes und der Theil sieht fast aus, namentlich wenn die Wangen betroffen sind, als wären sie leicht geschminkt. Von diesem Irthum kommt man aber bald zurück, wenn man über die rosige Stelle mit dem Finger fährt, die Stelle wird da, wo der Finger gedrückt hat, weiss und empfindlich und bald darauf wieder so geröthet als früher.

Bei der bösartigen Form aber ist die Röthe stark und gleichsam gesättigt wie bei der Phlegmone; sie kann bläulich, sogar schwärzlich erscheinen und bisweilen zeigt sich auch in der That eine kleine brandige Stelle. Die Anschwellung

ist immer beträchtlich und das Ohr erscheint etwas monströs; die Vertiefungen und Erhebungen sind fast gänzlich verschwunden und das Ohr sieht aus, wie eine an die Schläfe angesetzte dicke Fleischmasse. Grosse und zerstreute Bläschen oder vielmehr grosse Phlyktänen zeigen sich in vielen Fällen, und bestehen vorzugsweise darin, dass die Epidermis durch Ansammlung einer bräunlichen oder schwärzlichen Flüssigkeit erhoben ist, der Schleimkörper der Kutis ist sehr häufig ergriffen und durch oberflächliche Ulzeration, die jedoch bis auf das untenliegende Bindegewebe sich erstrecken kann, blossgelegt.

Bei Kindern, die sehr skrophulös sind, trifft man auch unter denselben Umständen einen wahrhaft phagedänischen Prozess, welcher mehr oder minder die zarte Struktur des Organs tiefer im Ohre ergreifen und somit dauernde Taubheit oder Schwerhörigkeit herbeiführen kann.

In diesen Fällen ist die Eiterung jauchig und reichlich; das Sekret ist übelriechend; Krusten bilden sich auf den geschwürigen Flächen; diese Krusten spalten sich entweder von selbst oder werden durch das Kratzen aufgerissen; es mischt sich dann Blut zur Jauche hinzu und es bilden sich neue schwärzliche Krusten, welche sich wieder so verhalten.

Was die Prognose betrifft, so findet sich in der gutartigen Form und bei jugendlichen Subjekten, namentlich zur Zeit der Pubertät, die Heilung von selbst; bei der bösartigen Form ist dieses jedoch fast niemals der Fall und man darf das Uebel nicht lange anstehen lassen, um nicht bei einem plötzlichen Uebergange auf den Gehörgang einen grösseren Schaden eintreten zu lassen. Auch ist zu bedenken, dass die oft brennende Hitze in dem angeschwollenen Theile, das Gefühl von Kitzeln und Jucken, welches zum Kratzen treibt, wozu sich ein Gefühl von Pulsation im Ohre und Summen gesellt, sehr lästig wird und im Schlafe stört. Es darf also ein kräftiges Eintreten Seitens des Arztes nicht unterbleiben und ich muss sagen, dass die Vernachlässigung des Uebels wirklich in einigen Fällen zu unheilbarer Taubheit geführt hat.

Die Diagnose zeigt in der einfachen und leichten Form keine Schwierigkeit; die Unterscheidung der Frostpöthe des

Ohres vom Erysipelas, womit sie allein verwechselt werden könnte, ist leicht, dagegen könnte die bösartige Form an ein syphilitisches oder kachektisches Ekthym glauben lassen, besonders wenn man das kranke Ohr erst zu Gesicht bekommt, als sich schwarze Krusten, serpiginöse und phagedänische Geschwüre erzeugt haben. Ich halte jedoch diese Verwechslung für nicht wahrscheinlich, wenn ich meine eigene Erfahrung in Betracht ziehe, obwohl mir sehr schwere Fälle von Frost der Ohren vorgekommen sind. Ich glaube, dass die differentielle Diagnose auf folgende Weise sich bestimmen lässt: Was das kachektische Ekthym betrifft, so kommt es ausschliesslich nur bei ganz alten Leuten vor, wogegen das hier in Rede stehende Uebel vorzugsweise das Kindes- oder Jugendalter betrifft. Das syphilitische Ekthym kann nur eine sekundäre oder tertiäre Kundgebung der Lues sein und diese muss sich entweder durch vorangegangene syphilitische Erscheinungen verrathen haben oder in noch vorhandenen sich zeigen und man wird daher aus der Anamnese sowohl als aus der Besichtigung des Körpers des Kranken u. s. w. die Diagnose festsellen können. Bei Syphilis oder bei syphilitischen Geschwüren am Kopfe sind die Nackendrüsen geschwollen, während beim Froste des Ohres entweder die Drüsen ganz frei sind oder höchstens bei bedeutender Skrophulosis die tieferen Submaxillardrüsen sich angeschwollen zeigen. Die Art und Weise der Entstehung so wie die Dauer des Uebels und die Gleichzeitigkeit so wie die Abwesenheit anderer Erscheinungen gibt gewiss vollkommen Aufschluss.

Die Behandlung muss darauf ausgehen, auf die allgemeine lymphatische oder skrophulöse Diathese zu wirken, ferner das örtliche Uebel zu bessern und endlich den Komplikationen zu begegnen. Wir geben, unserer ersten Indikation zu genügen, Leberthran oder Jodpräparate, je nach Umständen, verordnen eine kräftige Kost, namentlich gutes Fleisch und etwas Wein. Bei jungen Mädchen zur Zeit der Geschlechtsreife suchen wir auch auf Herstellung der Menstruation zu wirken und benutzen dazu vorzugsweise die Eisenpräparate.

Von nicht geringer Wichtigkeit ist, wie sich denken lässt, die örtliche Behandlung. Ist die Anschwellung bedeutend, ist

das Ohr sehr roth und schmerzhaft, so haben wir einige feine Einstiche mit der Lanzette in die grossen Venen, die am Ohre zu sehen sind, sehr nützlich befunden; bei furchtsamen Individuen kann man auch einen oder zwei Blutegel hinter die Ohrmuschel ansetzen. In den leichteren Fällen hat man alles Dieses nicht nöthig und braucht weiter nichts zu thun, als Kompressen, die mit höchst rektifizirtem Alkohol getränkt sind, auf das Ohr aufzulegen. Dann lässt man warme Umschläge mit Balsamus Fioravanti (ein aus verschiedenen Gewürzen und Terpentin bereiteter Balsam, in der französischen Pharmakopoe als Spiritus terebinthinatus compositus bekannt) und Benzoetinktur gemischt machen; auch eine Salbe aus Fett, Kakaobutter, Wachs mit Borax und rektifizirtem Alkohol ist zu empfehlen; es wird damit dreimal täglich das Ohr bestrichen.

Treten Phlyktänen auf, so muss man drei- bis viermal täglich das Ohr mit einer Mischung von Benzoetinktur und Alkohol bepinseln und dann gefensterte Leinewand darüber decken und darauf die eben oben erwähnte Salbe legen. Als Nebenhülfe dient auch tägliches Befeuchten des Ohres mit lauwarmem Dekokte von Nussbaumblättern.

Sind die Phlyktänen bereits durch Krusten und Ulcerationen ersetzt, so sind Kataplasmen von Kartoffelbrei angezeigt, und sind die Krusten abgefallen, so lässt man täglich dreimal die Stellen mit lauem aromatischem Weine stark befeuchten und dann Balsamus Arcaei, welcher mit Eigelb angerührt ist und wozu Aloetinktur und etwas Opiumextrakt hinzugesetzt ist, verbinden.

Von den Komplikationen ist besonders Ohrenkatarrh zu nennen, der wie gewöhnlich behandelt werden muss.

Klinik für Kinderkrankheiten in Paris (Hr. Bouchut).

Ueber die Behandlung der Krätze und der Hautschmarotzer durch gereinigtes Petroleum.

Die vor Kurzem von Decaisne in der *Gaz. des Hôpitaux* bekannt gemachten Heilungen der Krätze durch Petroleum haben mich veranlasst, dieses Mittel auch zu versuchen; es kam mir darauf an, zu erfahren, ob es denn wirklich vor allen anderen bekannten Mitteln, die gegen die Krätze wirksam sind, Vorzüge besitze; namentlich kam es mir darauf an, diese Prüfung bei Kindern vorzunehmen, die der Heilung der Krätze durch ihre Unruhe, ihre leichte Erregbarkeit, die grosse Empfindlichkeit ihrer Haut, und folglich auch durch die Neigung, andere Ausschläge und auch Geschwüre dabei zu bekommen, weit mehr Schwierigkeit darbieten, als Erwachsene. Im Allgemeinen kann ich sagen, hat in Paris die Krätze sich bedeutend vermindert, und ich glaube der Behandlungsweise von Bazin und Hardy in dieser Hinsicht viel zuschreiben zu müssen. Dennoch kommen in meiner Klinik ab und zu Fälle vor und ich habe Gelegenheit gehabt, wenn auch in einem ziemlich langen Zeitraume, fünf Kinder mit Petroleum zu behandeln, und bin mit dem Erfolge sehr zufrieden; ich will diese Fälle kurz angeben.

1) Marie M., 10 Jahre alt, hatte die Krätze seit 2 Monaten, und war in einem Hospitale mit Schwefelsalben und Schwefelbädern behandelt worden. Als sie zu mir kam, hatte sie noch deutliche Krätsbläschen, und die Gänge zwischen den Fingern. Ich liess dreimal, und zwar in Zwischenräumen von 24 Stunden, den ganzen Körper mit gereinigtem Petroleum überpinseln, und erlangte vollständige Heilung. Ich sah das Kind fünf Tage nachher, und fand es ohne alle Spur von Krätze.

2) Die Schwester, 14 Jahre alt, hatte ebenfalls die Krätze; dieselbe Behandlung, dieselbe gute Wirkung.

3) Zwei Brüder, von denen der eine 14, der andere 7 Jahre alt, hatten die Krätze seit 3 Monaten, und waren mit

Einreibungen von schwarzer Seife, mit der Helmrich'schen Salbe und mit Schwefelbädern im Kinderhospitale behandelt worden, aber die Krätze war immer noch nicht getilgt, und erst die Anwendung des Petroleums in der angegebenen Weise brachte vollständige Heilung.

Dieses Mittel bietet grosse Bequemlichkeit dar; man braucht nicht zu reiben, sondern man lässt das Kind oder den Erwachsenen entkleiden, und den ganzen Körper durch einen in Petroleum getunkten Schwamm einfach übertünchen. Am 2. und 3. Tage wiederholt man diese Uebertünchung, und gewöhnlich genügt diese dreimalige Anwendung zur vollständigen Heilung. Man weiss, dass eigentlich alle ätherischen Oele, wie z. B. Lavendelöl und alle damit versehenen Balsame, wie z. B. Perubalsam, die Krätsmilbe und deren Brut tödten. Die Anwendung des Petroleums hat Bequemlichkeit und Billigkeit voraus; es wirkt nicht schmerzhaft, nicht reizend und beschmutzt nicht die Kleider; nur ist der Geruch etwas unangenehm, aber verliert sich bald. Es versteht sich von selbst, dass nach vollendeter Kur noch ein Bad gegeben und für reine Leib- und Bettwäsche gesorgt werden muss.

Auch gegen andere Schmarotzerthiere, namentlich gegen Kopf- und Filzläuse, ist Petroleum sehr zu empfehlen; die haarigen Stellen, wo das Ungeziefer sich befindet, werden einige Male damit tüchtig angefeuchtet, und es genügt dieses, das Uebel wegzuschaffen.

Vielleicht lässt sich auch gegen Eingeweidewürmer, namentlich gegen Askariden und Bandwurm, Vieles von dem Mittel erwarten; es verdient wenigstens hier versucht zu werden, ja es scheint, dass es auch gegen pflanzliche Schmarotzer wirksam ist. Ich habe es gegen ächte Tinea versucht, und es hat mir einige gute Dienste geleistet, ohne dass ich nöthig hatte, die Haare ausziehen zu lassen, und ich fühle mich veranlasst, es noch weiter in solchen Fällen anzuwenden.

Hôpital St. Louis in Paris (Hr. Bazin).

Ueber den Nutzen des Bromkaliums bei der tuberkulösen Meningitis.

Das Bromkalium ist in neuester Zeit als Heilmittel sehr in Aufnahme gekommen; man hat es nicht nur gegen eingewurzelte Syphilis angewendet und nützlich befunden, sondern vorzugsweise gegen Krampfzufälle, namentlich gegen Epilepsie, wogegen Williams es im Asyl von Northampton in 37 Fällen versucht hat. Geheilt wurden die Kranken nicht, aber in 30 Fällen schien das Mittel die Anfälle leichter zu machen und weiter hinaus zu schieben; in 7 Fällen wurden die Anfälle sogar verstärkt, und es traten noch einige besondere Nebenerscheinungen ein. Hr. Bazin meint jedoch, dass die Schuld an der zu geringen Dosis des Mittels gelegen haben müsse, da Williams nicht mehr als $^1/_2$ Gramme zweimal täglich gegeben hatte; was das für üble Nebenerscheinungen gewesen seien, die das Bromkalium bewirkt haben solle, könne er nicht wissen, da bei den vielen Syphilitischen, denen das Mittel in grossen Dosen lange gegeben worden ist, dergleichen nicht vorkamen. Man müsse in Krampfzufällen gar nicht zu kleine Dosen wählen, wenn man Erfolg haben will, und nur vor ganz grossen Dosen sich hüten, und es kann kommen, dass man es noch viele Monate hinter einander geben muss.

Hr. Bazin behauptet, bei Epileptischen, Hysterischen und Veitstanzkranken von dem Bromkalium ganz vortreffliche Erfolge gehabt zu haben, aber nicht nur bei diesen Krampfzufällen, sondern auch bei den Konvulsionen, welche mit organischen Veränderungen im Gehirne und Rückenmarke verbunden sind. Als Beweis führt er folgenden Fall von tuberkulöser Meningitis an.

Der junge Ch. H. betritt am 20. Dezember 1864 das St. Ludwigs-Hospital wegen eines juckenden Ausschlages, der seit einigen Tagen eingetreten war. Der Bursche ist klein, mager und noch ganz bartlos, so dass man ihn für 14 Jahre

alt halten möchte; er ist aber 19 Jahre alt, und hat, nach Aussage der Mutter, in der Kindheit an Krämpfen gelitten. Eine grosse Krankheit hat er nicht gehabt, ist aber immer hinfällig und kann nicht lange arbeiten. Vor acht Monaten bekam er einen leichten Schmerz hinten in der Brust, und zugleich einen starken Husten, welcher besonders des Morgens eintrat und mit etwas blutigem Auswurfe verbunden war; dabei wurde er blass und magerte sichtlich ab. Dazu kam dann ein lebhafter Kopfschmerz, besonders des Abends, und häufiges Erbrechen. Man hatte ihm Leberthran gegeben, ferner Eisen, und als er sich etwas erholt hatte, trat der juckende Ausschlag ein, wegen dessen er bei uns aufgenommen wurde.

Wir liessen ihn Theereinreibungen machen, und befreiten ihn dadurch rasch von seinem Ausschlage. Einige Tage nachher aber fühlte er sich unwohl, bekam Fieber und vorübergehendes Frösteln, und wurde so schwach, dass er im Bette bleiben musste. Nach und nach verstärkte sich das Fieber, besonders des Abends, und verband sich mit starkem Schweisse. Der habituelle Kopfschmerz wurde lebhafter und andauernder, und Schlaflosigkeit mit unruhigen Träumen gesellte sich hinzu. Etwas Nasenbluten zeigte sich am Morgen. Die Zunge trocken, gelblich; Leibesöffnung alle 2 bis 3 Tage einmal; Bauch aufgetrieben, etwas empfindlich beim Drucke, aber ohne Flecke. Etwas Appetit ist vorhanden, obwohl die Verdauung träge ist. Das Athmen ist frei; überall in der Brust heller Perkussionston; nur etwas Schleimrasseln bei pueriler Respiration hinten in derselben. (Verordnet werden kalte Kompressen auf den Kopf, Kataplasmen auf den Bauch, Selterwasser.) Der Zustand wird aber immer schlimmer; der kleine Bursche klagt besonders über Kopfschmerz, namentlich in der Stirngegend und im Oberkopfe; grosse Aufregung am Abende; Puls unregelmässig, am Morgen 60 und weniger, am Abende 100 bis 110; sehr träge Leibesöffnung.

Zu diesen Symptomen gesellte sich in der Nacht vom 7. zum 8. Januar grünliches Erbrechen, welches sich am nächsten Tage und Abende wiederholt, und dazu treten Krampfzufälle epileptischer Art. Der kleine Kranke fällt bewusstlos

zurück; Hals und Rumpf werden steif, und werfen sich hinten über, während die Gliedmassen in Zuckungen gerathen; dabei ist das Angesicht bleich, jedoch nicht verzerrt; die beiden Augen sind in drehender Bewegung. Dieser Krampfanfall dauert beinahe eine halbe Stunde; der Bursche erholt sich nur langsam und unvollständig; in der Nacht ist er im Delirium, und am Morgen darauf sehr schwach, ausdruckslos, mit einem kleinen Pulse von 120 (verordnet zwei Blasenpflaster hinter die Ohren, kalte Douche auf den Kopf); am Abende wiederholen sich die Krämpfe mit derselben Heftigkeit. In den beiden folgenden Tagen Wiederholung der Krämpfe und Verschlechterung des Zustandes; der Kranke liegt unempfindlich, und fährt häufig mit der Hand an die Stirn, aber weder Strabismus noch charakteristisches Aufkreischen ist zu bemerken. Jetzt entschliesst sich Hr. Bazin, das Bromkalium zu geben; er beginnt damit am 12. Januar, und zwar mit 1 Gramm in Auflösung pro dosi. Am 13. und 14. Januar ist der Bursche fast noch in demselben Zustande; die Krampfanfälle kommen immer am Abende, aber scheinen schwächer zu sein (Bromkalium 2 Grammen pro dosi). Am 15. etwas Besserung; der kleine Kranke scheint mehr zu sich zu kommen; am Abende vorher waren die Konvulsionen auffallend schwächer und kürzer gewesen (dieselbe Dosis des Bromkaliums; ein Blasenpflaster in den Nacken; die Douchen, die bis dahin angewendet worden, werden unterlassen). Am 16. und 17.: die Besserung wird deutlicher (Bromkalium zu 3 Grammen). Am 18.: die Besserung immer mehr und mehr bemerkbar; Konvulsionen waren seit 2 Tagen nicht mehr vorgekommen; das Verständniss klarer als am Tage zuvor, aber am Abende noch ein wenig Delirium; Puls noch immer häufig, die Zunge feuchter, der Durst weniger lebhaft (Bromkalium zu 4 Grammen pro dosi, welche Gabe bis zuletzt fortgesetzt wird). In den nächsten Tagen wird der Zustand des Kranken immer besser; keine Konvulsionen mehr; Puls fällt bis auf 90 und 80; alles Delirium verschwindet und macht einem ruhigen Schlafe Platz; die Verdauung wird besser und die Kräfte erholen sich nach und nach. Mit den ersten Tagen des Februar kann der Bursche aufstehen und in den Sälen

umhergehen. In dem Maasse aber, wie diese Besserung sich einstellt, treten Brustzufälle und Unterleibserscheinungen auf. Brustschmerz links in der Gegend der Spina des Schulterblattes wird immer lebhafter, Husten häufiger; feuchtes Rasseln im Gipfel der Lungen vernehmbar, mit leisem Krachen begleitet, besonders links; dabei gedämpfter Perkussionston, Widerhall der Stimme, verlängertes Ausathmen; der Leibschmerz, besonders rechts, sehr lebhaft; es wird daselbst in der Tiefe eine teigige Masse gefühlt, als wenn Darmschlingen verwachsen wären; Bauch immer aufgetrieben, kein Durchfall. Die Zufälle wurden durch geeignete Mittel bekämpft, und der Bursche ist so weit gediehen, dass er in ziemlich gutem Zustande, wenigstens frei von allen Nervenstörungen, sich verhielt, und nur noch über etwas Kopfschmerz klagte, den er schon lange vorher gehabt.

Es erscheint uns nicht zweifelhaft, dass wir es hier mit einer Meningitis zu thun hatten; die Symptome zusammen waren charakteristisch. Andererseits deuteten die vorangegangenen Zufälle und sonstigen Umstände auf Tuberkulose, und zwar auf Tuberkelablagerung an verschiedenen Stellen, im Gipfel der Lungen, wahrscheinlich im Bauche und vermuthlich auch in den Hirnhäuten. Jedenfalls hatten wir vor uns eine Meningitis bei einem tuberkulösen Subjekte. Man führt eine gewisse Zahl von Fällen an, in welchen eine solche Meningitis geheilt oder wenigstens sehr gebessert worden ist, aber diese Fälle sind sehr selten, besonders in der Periode der Krankheit, in welcher diese uns zur Behandlung gekommen ist. Wir glauben, dem Bromkalium hier sehr viel verdanken zu müssen, denn die Besserung trat gleich nach Beginn dieses Mittels deutlich auf, wenn wir auch zugeben wollen, dass das in den Nacken gelegte Blasenpflaster auch etwas beigetragen hat. Die gute Wirkung des eben genannten Salzes ist ganz sichtlich gewesen und konnte nicht bezweifelt werden; die Krampfzufälle wurden dabei immer schwächer und kürzer, und verloren sich zuletzt ganz. Das Gehirn und Rückenmark beruhigte sich, und darin liegt wohl die Hauptaktion des Bromkaliums, die es ja auch in anderen Nervenzufällen erwiesen hat. Vielleicht ergibt sich bei wei-

terer Erfahrung, dass das Bromkalium für das Nervensystem ein eben so wichtiges Sedativ ist, wie z. B. die Digitalis für die Kreislaufsorgane; jedenfalls verdient es in dieser Beziehung weiter versucht zu werden.

Hospital für kranke Kinder in Paris (Hr. Bouchut).

Ueber Wechselfieber bei Neugeborenen und Säuglingen.

Vor einigen Tagen ist uns ein etwa 15 Monate altes Kind, welches am Rande der Sologne in Ammenpflege gewesen, überbracht worden, dessen bleiches Aussehen, und besonders dessen hochaufgetriebener Bauch, namentlich im linken Hypochondrium, allgemein auffiel. Man sieht deutlich, dass dieses Kind in einem kachektischen Zustande sich befindet, und früher, ehe man dergleichen Fälle genau zu beurtheilen verstanden hatte, würde man lange und vielleicht vergeblich nach der eigentlichen Ursache einer so tiefen Blutverderbniss gesucht haben. Heutigen Tages ist für uns die auffallend bleiche Farbe, die allgemeine Welkheit, und besonders die fühlbare grosse Auftreibung der Milz, ein bestimmtes Merkzeichen für die Diagnose, und wir erkennen gleich, dass wir hier ein Wechselfieber mit Vergiftung durch Sumpfluft oder eine sogenannte Paludeal-Kachexie vor uns haben. Ich war, das darf ich wohl sagen, einer der Ersten, welcher das Wechselfieber mit allen seinen Eigenthümlichkeiten, in den frühesten Kinderjahren vorkommend, nachgewiesen und beschrieben hat. Ich war Interne im Kinderhospitale, als man aus der Sologne ein kleines Kind herbeibrachte, welches mit Purpura über den ganzen Körper bedeckt war und einen sehr aufgetriebenen Bauch hatte, zu welchem die Vergrösserung der Milz am meisten beitrug. Dieser letztere Punkt war mir besonders auffallend, und dazu kam, dass das Kind in unregelmässigem Wechsel sich verschlimmerte oder besserte, und dass die Vergiftung durch Sumpfluft in der Sologne, wo das Kind gewesen war, überaus häufig ist. Ich konnte des-

halb nicht anstehen, auch bei dem Kinde eine solche, und zwar sehr vorgerückte, Malariavergiftung anzunehmen, und eine Chininbehandlung eintreten zu lassen, wodurch das Kind auch geheilt wurde. Seitdem habe ich nie aufgehört, recht auf der Huth zu sein, und noch viele andere Kinder haben sich, von dieser Sumpfvergiftung mehr oder minder heimgesucht, meiner Beobachtung gestellt. In meinem Werke über Krankheiten der Neugeborenen habe ich mich bereits darüber ausgesprochen und seitdem wiederholt darauf aufmerksam gemacht.

Das Wechselfieber der Neugeborenen und Säuglinge bedarf besonderer Beachtung, zuerst, weil es nicht immer leicht zu erkennen ist und weil, wenn es nicht früh genug erkannt wird, es rasch zum Tode führt, und dann, weil es, wenn auch nicht bald tödtlich, wie bei Erwachsenen, zu materiellen Veranlassungen Anlass geben kann, die schweres Siechthum und späteren Tod herbeiführen.

Nehmen wir zuvörderst das Wechselfieber in seiner einfachen Form. Wir haben schon gesagt, dass die Form der Anfälle durch das Alter der Kranken sehr bedeutende Modifikationen erleidet. Bei Kindern zeigen die Anfälle sehr selten die drei regelmässigen Stadien der Kälte, der Hitze und des Schweisses; und je jünger das Kind ist, desto mehr verwischen sich diese Stadien. Der Frost existirt fast niemals; ja man bemerkt nicht einmal ein auffallendes Kühlwerden des Kindes; dieses wird nur blass oder grünlich-bleich vom Fusse bis zum Kopfe und die Nägelenden werden bläulich, wie man auch dergleichen bei den Fieberanfällen der Erwachsenen sieht. Diese Periode der Konzentration dauert etwa eine Stunde und dann folgt die Periode der Expansion, welche sich durch rosenrothe Färbung der Hautoberfläche und durch brennende Hitze derselben kundthut, und dann kommt der Schweiss, der zwar erkennbar, aber nicht so stark ist wie bei Erwachsenen. Bei dem Kinde, welches wir vor uns haben, ist, nach Aussage der Eltern, der Schweiss sehr deutlich. Kurz also: bei Kindern fehlt im Wechselfieber in der Regel der Frost; der Schweiss ist mässig und fehlt auch bisweilen, aber das Stadium der Hitze ist konstant.

Das ist aber noch nicht Alles; Modifikationen von nicht geringerer Bedeutung zeigen sich in der Periodizität der Anfälle. Diese treten nach einem Typus hervor, der ein wenig variirt, aber dem Quotidiantypus sich nähert; sie kommen täglich, aber sehr unregelmässig, zu verschiedenen Stunden, so dass es unmöglich wird, ihren Eintritt nach den gewesenen Anfällen vorher zu bestimmen; indessen kommen hier Ausnahmen vor, wie z. B. bei unserem Kinde, wo der Quotidiantypus sehr regelmässig und bestimmt sich zeigt.

Wenn ein Fieber der Art einige Wochen oder Monate angedauert hat, so tritt die konsekutive Anämie deutlich hervor und das Kind zeigt die grünlich-gelbe Farbe, die so eigenthümlich ist und bei den Bewohnern der Sologne auffallend wird. Nach oder mit der Anämie kommt die Kachexie mit Abmagerung, allgemeiner Schwäche, olivengrüner Färbung der Haut, Hautwassersucht und Aufgetriebenheit des Bauches ganz besonders in der Milzgegend hervor. Dass die Milz diese Auftreibung vorzugsweise verschuldet, erkennt man durch die Perkussion, aber auch ohne diese durch blosses Betasten und durch die Erhebung der falschen Rippen an der linken Seite. Erst bei sehr vorgerückter Malariavergiftung tritt eine Purpura oder hämorrhagische Fleckenbildung auf der Haut hervor und nimmt grössere oder geringere Strecken derselben ein. Alsdann sind die Anfälle gewöhnlich schon sehr verwischt, aber ihre Deutlichkeit ist dann zur genauen Diagnose nicht mehr nöthig; die Indikation, einzutreten und dem gewissen Tode entgegen zu wirken, ist alsdann schon an und für sich dringend genug und gibt auch entschieden an die Hand, wie zu verfahren sei.

Gehen wir nun zur Betrachtung des bösartigen oder perniziösen Wechselfiebers über, so brauchen wir kaum zu bemerken, dass die Modifikationen in den drei Stadien und in der Periodizität der Anfälle ebenso, ja noch viel entschiedener, sich bemerklich machen. Den Aerzten, welche in sogenannten Fiebergegenden praktiziren, ist alles Dieses hinlänglich bekannt. In grossen volkreichen Städten aber haben die Aerzte vielleicht selten Gelegenheit, Wechselfieber bei kleinen Kindern zu beobachten. Ich weiss nicht, ob in Paris vor 1840

diese Krankheit häufig war. Seit dieser Zeit aber, namentlich seit Eröffnung der Fortifikationsgräben, seit Herstellung der tiefen Landeinschnitte für die Eisenbahn, seit Durchwühlung des Bodens zu verschiedenen anderen Zwecken, zeigt diese Stadt eine auffallende Zahl von Wechselfiebern und in den letzten Jahren sogar, wie in der Sologne, perniziöse Formen. Ich selbst habe einen Fall dieser Art bei dem Kinde eines Kollegen gesehen, wo das schwefelsaure Chinin den besten Erfolg gebracht hat.

Bei kleinen Kindern zeigt sich das perniziöse Wechselfieber in zwei Hauptformen, welche ich die diarrhöische und konvulsive nenne. Die komatösen Zufälle zeigen sich zwar auch, aber sind viel seltener. Man begreift leicht, dass, falls man nicht durch die Anamnese oder durch andere Merkmale geleitet wird, man sehr geneigt wird, den Durchfall, die eklamptischen oder komatösen Zufälle einer ganz anderen Ursache beizumessen, zumal da die Krankheit, von der hier die Rede ist, im zarten Kindesalter verhältnissmässig selten vorkommt. Erfährt man aber, dass schon ein oder zwei Anfälle derselben Art vorher dagewesen, so wird man durch die Plötzlichkeit ihres Eintretens, durch das sehr tiefe Ergriffensein, ohne dass eine andere Ursache als Anlass sich herausstellt, doch wohl ganz entschieden auf den Gedanken gebracht, dass man es mit einem perniziösen Wechselfieber zu thun habe, dann aber muss man entschieden auftreten, und zwar schon nach dem ersten Anfalle, jedenfalls nach dem zweiten; man darf nicht den dritten Anfall abwarten, weil der dritte oft den Tod bringt.

Die Behandlung des Wechselfiebers kleiner Kinder hat eigentlich nichts Spezifisches. Das Chinin bildet auch hier das Hauptmittel, aber da das Sulphat und das gereinigte Chinin wegen der grossen Bitterkeit schwer beizubringen ist, so muss man dem Chininum crudum den Vorzug geben. Dieses bildet bekanntlich eine grauliche, scheinbar harzige Masse, die leicht zu erweichen und in Graupen- oder Grützform zu bringen ist. Weniger löslich und folglich auch weniger bitter für den Geschmack kann die Chiningraupe den kleinen Kindern in einem Löffel voll Brühe oder in passender Suppe eingegeben werden. Es ist ein ganz vortreffliches Fiebermit-

tel, nur findet man es nicht immer in den Apotheken vorräthig und man muss es dann durch andere Chininpräparate ersetzen, deren Wirkungen keinesweges eben so sicher sind. Das schwefelsaure Chinin kann dann innerlich, in Klystir-, in Salbenform und subkutan angewendet werden. Jede dieser Anwendungsweisen hat ihre Unannehmlichkeiten und Schwierigkeiten. Innerlich wird man kleinen Kindern vielleicht das schwefelsaure Chinin in schwarzem Kaffee mit Zucker beibringen können. In Klystir hat mir das ebengenannte Salz ganz gute Dienste geleistet. Zu einem solchen Klystire verordne ich 10 Centigrammen schwefelsauren Chinins gemischt mit 15 bis 20 Grammen Wassers, wozu etwas Schwefelsäure gesetzt wird. Ein solches Klystir lasse ich täglich geben und steigere die Dosis des Chinins nach dem Alter. In Salbenform wird das schwefelsaure Chinin bei Kindern in Griechenland viel angewendet; wir selbst haben keine Erfahrung darüber, versuchen es aber jetzt neben der inneren Anwendung des Chinins. Unserem kleinen Kranken geben wir jetzt täglich eine Dosis schwefelsauren Chinins in schwarzem Kaffee mit Zucker und lassen täglich zwei- bis dreimal in die Achselgruben eine Salbe aus 20 Theilen Fett und 3 Theilen schwefelsauren Chinins einreiben. Vielleicht werden wir auch noch dieses Mittel in Klystiren beibringen müssen.

Ueber die Diagnose des Keuchhustens aus den Ulzerationen der Zunge.

Bei allem Fortschritte der Wissenschaften bleibt der Keuchhusten immer noch eine Krankheit, die den praktischen Arzt in mannichfache Verlegenheit bringt. Die Diagnose erscheint überaus leicht, ja fast greifbar, weil diese Krankheit die einzige ist, welche durch sich wiederholende Hustenanfälle ganz eigenthümlicher Art, die mit Kongestion nach dem Antlitze begleitet sind und häufig Erbrechen veranlassen, gewissermassen der Beobachtung sich aufdrängt. Das ist ganz richtig, aber der Arzt muss jedenfalls einmal solchen Hustenanfall selbst gesehen haben, um ihn beurtheilen zu können, und da man ihn nicht willkürlich erzeugen kann, so muss in

den meisten Fällen Seitens des Arztes auf ihn gewartet werden, um in der Diagnose recht fest zu sein. Auf die Auskunft, die man von den Eltern oder Angehörigen der Kinder erlangt, kann man sich nicht immer verlassen, denn die grosse Angst und Liebe für letztere verblendet sie und treibt sie zu Aussagen, die nicht vollständig begründet sind. Der Arzt muss daher, so weit es irgend angeht, durch direkte Beobachtung sich selbst Ueberzeugung verschaffen, und wie oft kommt er bei dieser direkten Beobachtung nicht noch hinsichtlich der Diagnose in Zweifel! Der Keuchhusten ist eine von den vielen Krankheiten, die dieses deutlich darthun. Man hat bekanntlich drei Perioden für denselben angenommen: eine katarrhalische Periode oder das Eintrittsstadium, in welchem man noch kein bestimmtes Anzeichen trifft, um eine sichere Diagnose zu stellen; dann die Periode der Reife, in welcher der Keuchhusten zur Entwickelung gekommen, wo allerdings die Anfälle sehr entschieden sein sollen, aber auch nicht immer so klar sich bemerklich machen, wie uns die Lehrbücher sie schildern, und dann die Periode der Abnahme oder das letzte Stadium, wo die Anfälle sich wieder mehr verwischen und ihren eigenen Charakter mehr oder minder verändern.

Worin besteht nun das Charakteristische des Keuchhustens? Offenbar in Wiederholung der Hustenanfälle, welche mit Keuchen, Konvulsionen, Erbrechen, Blutandrang nach dem Kopfe u. s. w. verbunden sind und mit Auswurf sich endigen, aber findet man nicht Aehnliches bei Hysterischen und auch Vieles davon bei Epileptischen? Wenn der Arzt ein Kind in einem Anfalle antrifft, der als Keuchhusten bezeichnet ist, wenn er das aufgetriebene bläulich-rothe Antlitz, die hervorgetriebenen und thränenden Augen, das angstvolle Schnappen nach Luft, die konvulsivischen Bewegungen bemerkt und vielleicht etwas schnarchendes und pfeifendes oder knisterndes Rasseln in der Brust wahrnimmt, so wird er immer noch keine Sicherheit haben, dass das ein Keuchhustenanfall gewesen.

Es gibt aber ein Zeichen, welches, so oft es da ist, grössere Sicherheit gewährt und für den Keuchhusten eben so

charakteristisch ist, als die Bisswunden der Zunge für die Epilepsie. Ich meine nämlich die Ulzeration des Zungenbändchens und der angrenzenden Theile. Diese Ulzerationen haben durch ihre rein mechanische Entstehung eine grosse Analogie mit den Bisswunden der Zunge bei Epileptischen. Wir haben in einem unserer Säle ein 2 Jahre altes Kind, welches am 30. April wegen starken Hustens und etwas Durchfall aufgenommen worden war. Der Knabe hat sich immer wohl befunden, obgleich er etwas Rhachitis zeigte, nämlich einen grossen Kopf, Mangel an Verknöcherung der grossen Fontanelle und etwas pustendes Geräusch an derselben; er hat 12 Zähne, kann aber noch nicht recht gehen; Brust und Gliedmassen wohlgestaltet. Bei seinem Eintritte in das Hospital hatte er eine weiss belegte Zunge, etwas Durst und manchmal Erbrechen; Bauch weich und schmerzlos; keine Geschwülste in demselben fühlbar; etwas Durchfall. Der Husten ziemlich häufig, etwas Keuchen und dann und wann Nasenbluten veranlassend. Perkussionston der Brust gut; etwas Schleimrasseln hinten an beiden Seiten vernehmbar. Haut heiss, Puls 128.

Welche Diagnose hatten wir hier zu stellen? Hatten wir ein Katarrhalfieber, eine einfache Bronchitis oder einen Keuchhusten vor uns? In unserem Zweifel hoben wir die Zunge auf und erblickten eine ziemlich grosse, etwas graue Ulzeration des Zungenbändchens — und nun war unsere Diagnose sicher: es war Keuchhusten. In der That traten in wenigen Tagen die Anfälle ganz deutlich auf und das Kind rückte aus dem katarrhalischen Stadium in das konvulsive ein. Jetzt ist die Diagnose nicht im geringsten mehr zu bezweifeln und wir finden überdies auf der unteren Fläche der Zunge in der Gegend des linken ersten Backenzahnes noch ein Bläschen oder vielmehr eine Phlyktäne, die etwas länger als breit war. Diese Erscheinung, so wie die Ulzeration am Zungenbändchen, hatte für uns eine grosse Wichtigkeit.

Etwa 9 Tage nachher kam zu uns ein anderer Knabe, der, $2^1/_2$ Jahre alt, seit 14 Tagen von einem katarrhalischen Husten geplagt war. Nach Angabe der Eltern war der Husten keuchend, aber ohne Erbrechen und ohne Blauwerden des

Angesichtes, dagegen mit einem dicken eiterartigen Auswurfe verbunden. An jeder Seite der Brust etwas Schleimrasseln, kein Durchfall, Haut heiss, Puls 120. Die Diagnose konnte zweifelhaft sein, aber beim Erheben der Zunge sah man auf deren unterer Fläche eine kleine granulirende, weissliche, etwas unregelmässige Ulzeration, welche einem nicht richtig stehenden Schneidezahne genau entsprach. Wir hatten also auch hier einen Keuchhusten.

Diese charakteristische Ulzeration der Zunge war in Deutschland schon 1844 durch Amelung, Braun, Bruck, Zitterland, Liersch und Schmidt besprochen worden; in Italien sprach 10 Jahre später Gamberini davon und bei dieser Gelegenheit wurde man auch in Frankreich darauf aufmerksam. Ich habe auch in meinem Werke über Krankheiten der Neugeborenen darauf hingewiesen und seitdem mehrere Beobachtungen darüber gesammelt, die 1864 von Charle in einer Inauguraldissertation veröffentlicht sind. Ich will mir gestatten, das Wesentlichste darüber mitzutheilen.

Die genannte Ulzeration der Zunge ist beim Keuchhusten nicht immer, aber sehr häufig, vorhanden (56 auf 100). Bei beiden Geschlechtern kommt sie in gleichem Verhältnisse vor, dagegen zeigt sie sich viel öfter bei Kindern nach der Zahnungsperiode als vor derselben. Nach Zitterland hat die Heftigkeit des Keuchhustens vielen Einfluss auf die Erzeugung dieser Ulzeration, nach Gamberini nicht; wir werden gleich zeigen, wie diese beiden Behauptungen sich ganz gut vereinigen lassen. — Die Dauer der Krankheit hat in manchen Fällen einen entschiedenen Einfluss, obwohl Beispiele vorgekommen sind, wo schon in den ersten Tagen die Ulzeration sich gezeigt hat. Am häufigsten hat diese ihren Sitz am Bändchen der Zunge, seltener seitwärts von ihm (47mal am Bändchen und 9mal seitwärts in einer Summe von 56 Fällen, nach Charle); einmal sogar wurde sie auf der Oberfläche der Zunge gefunden. Meistens ist sie einfach, selten mehrfach. Form und Aussehen ist nicht immer gleich; bald ist das Geschwür weisslich, etwas granulirend, mehr erhaben; bald ist es vertieft, gelblich, manchmal blutend und man findet dann bei mikroskopischer Besichtigung Gewebstrümmer, amorphi-

sehe Materie, granulirende Körperchen, Pflasterepitelien u. s. w. Die Richtung der Geschwüre ist auch verschieden, meistens sind sie länglich, rissartig und unregelmässig. Gamberini sieht eben darin nichts Anderes als eine Verwundung der Zunge durch die Zähne während der Hustenanfälle, wogegen Zitterland glaubt, dass sie mit einer Phlyktäne beginne, welche, wie auch Andere meinen, charakteristisch für die Krankheit sei und ihr spezifisch angehöre. Ich bin der Meinung, dass dass das Dasein der Zähne bei den Kindern, die am Keuchhusten leiden, die Hauptschuld trägt, da man bei denen, die keine Zähne haben und mit der Krankheit behaftet sind, niemals die Ulzeration bemerkt; sie wird bewirkt durch die Reibung der Zunge während der Hustenanfälle gegen einen oder den anderen Zahn, denn sie ist abhängig von der Stellung der letzteren. Stehen die Zähne ganz regelmässig, so zeigt sich die Ulzeration am Bändchen; im Gegentheile zeigt sie sich da, wo einer der unteren Zähne am hervorragendsten und schärfsten ist. Wir haben dieses in unseren Fällen deutlich nachweisen können. Der Keuchhusten bewirkt bei jedem Anfalle ein Vordringen der Zunge zwischen die Zähne und eine Reibung gegen letztere. Dieses Vordrängen ist aber verschieden je nach dem Alter des Kindes, nach der relativen Länge des Bändchens und nach der verschiedenen Fleischigkeit der Zunge und endlich auch nach der Art und Weise, wie die Anstrengung des Kindes vor sich geht, den Hustenanfall zu überwinden.

Ueber Prognose und Behandlung ist wohl wenig zu sagen.

IV. Gelehrte Gesellschaften und Vereine.

Aus den Verhandlungen der Gesellschaft schwedischer Aerzte.

Tuberkulose der Bronchialdrüsen.

Herr Gravenhorst bemerkte in der Versammlung am 1. Dezember 1863, dass Prof. Bouchut vor einiger Zeit die

Tuberkulose der Bronchialdrüsen abgehandelt und dieser Abhandlung einen von ihm beobachteten Fall zum Grunde gelegt habe. Er habe nun mit Herrn Abelin Gelegenheit gehabt, einen Fall zu behandeln, welcher in allen seinen Einzelnheiten fast ganz dem von Bouchut erzählten Falle geglichen habe, und glaube, dass derselbe wohl verdiene mitgetheilt zu werden, weil er zu den wenigen Fällen gehöre, in welchen die Symptome sich so deutlich aussprechen, dass die Diagnose, welche Bouchut für sehr schwer und in den meisten Fällen für unmöglich halte, schon bei Lebzeiten des Kranken gestellt werden konnte.

Der Kranke war ein Knabe von 4 Jahren, von skrophulöser Konstitution, welcher vor einem Jahre, nachdem er den Sommer über in einer feuchten Gegend sich aufgehalten hatte, ein Quotidianfieber bekam, welches nach einiger Zeit durch den Gebrauch von Chinin gehoben wurde. Eine vorhandene Intestinalreizung wurde durch Karlsbader Wasser, kalt getrunken, gebessert und nachdem noch bittere Mittel und Eisen gebraucht waren, schien der Knabe wieder dicker und kräftiger zu werden.

Vor dem Ausbruche der Krankheit bemerkte man eine bedeutende Veränderung seiner Gemüthsart, welche heftig und gereizt wurde; sowie seine Krankheit sich aber besserte, wurde er vergnügter, allein mitunter stellten sich die Heftigkeit und Bosheit wieder ein. Den darauffolgenden Winter hatte er einige Male leichte katarrhalische Beschwerden, und im Sommer, als er sich auf dem Lande aufhielt, bemerkte man an ihm bis zu der letzten Zeit, in welcher er über Stiche in der einen Seite klagte, die aber von selbst verschwanden, nichts Krankhaftes. Als er im Oktober zur Stadt zurückkehrte, zeigte sich ein impetiginöser Ausschlag an der rechten Wange und am Ohre, welcher aber leider einige Tage nachher, nachdem sich ein Fieberanfall mit vorangegangenem Froste eingefunden hatte, verschwand. Es stellte sich nun täglich, fast zu derselben Stunde, ein neuer Fieberanfall ein, dem bisweilen Schweiss folgte. Bei der Untersuchung der Brust liess sich im Anfange nichts Abnormes entdecken, ebenso waren die Funktionen der Digestionsorgane auch nicht gestört, ebenso

waren die Nieren gesund. Nach Verlauf von 14 Tagen fing die Respiration, welche während des Fiebers beschleunigt gewesen war, auch an, während der Intermissionen schneller als gewöhnlich zu werden, und hörte man eine unbedeutende Bronchialrespiration in der Spitze der rechten Lunge in der Regio supraspinata; keine Tubarrespiration, ebensowenig wie Schleimrasseln deuteten auf Pneumonie oder Bronchialkatarrh hin. Man nahm an, dass während des Fiebers eine Kongestion in diesem Theile der Lunge stattgefunden habe, fürchtete aber dann schon, dass möglicherweise zerstreute Tuberkeln in der Lunge vorhanden sein könnten. Der Knabe fing nun an, in der dritten Woche, ein Mal in jeder Nacht einen Hustenanfall zu bekommen, welcher in den ersten Nächten so unbedeutend war, dass die Wärterin es kaum der Mühe werth hielt, davon zu reden, und der nur einige Minuten anhielt. Diese Anfälle nahmen aber bald an Heftigkeit und Dauer zu, währten von einigen Minuten bis zu mehreren Stunden und stellten sich späterhin zweimal am Tage ein. Als ich das erste Mal Gelegenheit hatte, bei einem solchen Anfalle zugegen zu sein, überzeugte ich mich bald, dass man denselben eher einen asthmatischen Anfall nennen konnte. Der Kranke sass aufrecht im Bette, klagte über einen heftigen Schmerz im Epigastrium, welcher gemildert wurde, wenn man die Brust drückte; ab und zu stellte sich ein trockener Husten ein, welcher ihm heftige Schmerzen zu verursachen schien; die Respiration war 60 und der Puls hielt 160 bis 180 Schläge in der Minute, das Gesicht und die Hände waren kyanotisch. Nach einem solchen Anfalle schlief der Knabe gewöhnlich und schien keine Beschwerden zu haben; nur die Respiration war äusserst schnell. Die Untersuchung ergab nun eine Bronchialrespiration in grösserer Ausdehnung und einen matten Ton bei der Perkussion. Wegen dieser Symptome wurde nun eine Tuberkelinfiltration in den Bronchialdrüsen angenommen, welche durch ihren Druck auf den Vagus diese asthmatischen Anfälle hervorrufe und durch ihren Druck auf die Bronchien einen partiellen Kollapsus der Lunge bedinge; dass Tuberkelablagerung auch in den Lungen vorhanden sei, bezweifelten wir nicht. —

Alle Mittel, welche versucht wurden, wie Kali jodat. mit Digitalis, mit Moschus, Leberthran, Tinct. Lobeliae u. s. w. erwiesen sich fruchtlos. Der kleine Kranke starb nach siebenwöchentlicher Krankheit, nachdem die Fieberanfälle in den letzten beiden Tagen ausgeblieben waren, ganz ruhig mit völlig ausgebildeter Kyanose und Oedem der Hände und Füsse. Bei der Sektion, bei welcher nur die Brust- und Unterleibshöhle geöffnet wurden, fand man die Bronchialdrüsen bis zu dem Umfange einer Nuss vergrössert, mit roher und erweichter Tuberkelmasse rund um die Bronchien herum angefüllt, und zwar am meisten an der rechten Seite und komprimirten dieselben die Arter. und Venae pulmonales und den Nerv. vagus. In beiden Lungen, am dichtesten aber in deren Spitzen, war eine reichliche Ablagerung von Miliartuberkeln vorhanden; solche fanden sich auch in der Milz und an beiden Seiten waren bedeutende Adhäsionen vorhanden.

Herr Kjellberg machte besonders darauf aufmerksam, wie schwer es sei, eine, selbst bedeutende, Anschwellung der Bronchialdrüsen zu diagnostiziren, weil wenigstens in den meisten Fällen die Perkussion wenig zur Aufklärung beitragen könne. Was den von Herrn Gravenhorst angeführten Kollapsus in der rechten Lungenspitze anbelange, so komme ein solcher, seiner Erfahrung nach, in den meisten Fällen von chronischer Bronchitis bei jungen Kindern vor und könne ein solcher Kollapsus bei Stellung der Diagnose leicht dazu beitragen, dass man eine Pneumonie vor sich zu haben glaube.

Angeborene Missbildung des Afters.

In der Versammlung am 4. Februar 1864 referirte Prof. Santesson über drei Fälle von angeborener Missbildung des Anus und Rectums, welche in den letzten Monaten in der chirurgischen Abtheilung des Seraphinen-Lazarethes vorgekommen waren. Der erste Fall betraf einen etwa 1 Monat alten Knaben. An der Stelle des Rektums, wo dieses blind schloss, fand sich eine kommunizirende Oeffnung, die in die Urethra einmündete, welches man daraus erkennen konnte, dass der Darminhalt aus der Harnröhre, selbst zu einer Zeit,

in welcher kein Harn gelassen wurde, ausgepresst werden konnte. Die Raphe war ausgeprägt und stark ausgebildet und erstreckte sich ohne Unterbrechung vom Frenulum praeputii bis zur Spitze des Os coccygis. Da, wo der Anus seinen Platz haben sollte, zeigte sich eine ovale Erhöhung der Haut, die einer plattförmigen Scheibe glich, jedoch konnten der Darm oder seine Contenta von da aus nicht gefühlt werden, so dass es nicht möglich war, zu wissen, ob das Rektum sich in der linken Seite des Beckens schloss oder sich im Becken hinab erstreckte. — Herr Santesson verrichtete die Proctoplastik nach einem früher von ihm angegebenen Verfahren. Der Spitze des Os coccygis vorbei machte er nämlich einen Einschnitt von $^3/_4$ oder 1 Zoll, welcher Schicht für Schicht in der Richtung gegen die vordere Seite des Os coccygis hin fortgesetzt wurde. Ab und zu wurde der kleine Finger eingeführt, um zu ermitteln, ob eine elastische Geschwulst anzutreffen sei, während der Bauch vorne mit der anderen Hand komprimirt wurde, wobei denn das Kind durch sein Schreien behülflich war. Als das Darmende etwas mehr als einen halben Zoll nach oben angetroffen war, wurde dasselbe mit einem spitzen Haken gefasst und vermittelst einer Inzision geöffnet. Die hintere Darmwand, welche vorher beweglich gemacht war, wurde gegen die Wundränder in den äusseren Bedeckungen hinabgezogen und vermittelst Suturen an dieselben befestigt. In Folge von Vernachlässigung im Hause des Kindes war nach 4 bis 5 Wochen die Afteröffnung verdrängt, weshalb die blutige Dilatation gemacht und Dilatorien eingelegt werden mussten. Hiernach ging die Heilung normal von Statten und hatte die Operation das gewünschte Resultat.

Der zweite Fall betraf ein anderthalb Monate altes Mädchen. Die Stelle, an welcher der After belegen sein sollte, zeichnete sich durch eine kleine Geschwulst in der Raphe des Dammes aus und mündete ein schmaler Gang vom Rektum in die Vagina durch die hintere Wand derselben ein. Dieses Kind wurde nach derselben Methode operirt, allein mit nicht ganz so glücklichem Ausgange, indem der Rekto-Vaginalgang bei der Entlassung des Kindes noch nicht obliterirt war.

Der dritte Fall war der eines Knaben, welcher erst zwei Tage alt war. Dieses Kind hatte eine vollkommen gebildete Afteröffnung, dagegen aber eine $^2/_3$ Zoll höher hinauf belegene Atresie des Mastdarmes. Das Kind wurde sofort operirt, starb aber schon am folgenden Tage Bei der Leichenöffnung fand man den Dickdarm so ausgedehnt, dass er den Dünndarm fast ganz verbarg; sein unterer Theil war ausserordentlich stark von Luft, der obere Theil von Mekonium ausgedehnt. Spuren von Peritonitis oder andere pathologische Veränderungen fanden sich nicht vor.

Kampfervergiftung.

Herr Lemchen berichtete in der Versammlung am 8. März 1864, dass ein 20 Monate alter, kräftiger, gesunder und wohlgenährter Knabe, welcher am Morgen des 5. März durchaus wohl gewesen war, um 12 Uhr Mittags, als die Mutter zufällig nicht zugegen war, ein Glas mit einer Solutio Camphorae oleosa erwischt und daraus, wie die Mutter vermuthete, eine kleine Portion verschluckt habe, indem dieselbe verspürte, dass das Kind aus dem Halse nach Kampher roch. Bis um halb drei Uhr fuhr das Kind fort zu spielen, sah dann aber träge und matt aus, wollte auf dem Schooosse der Mutter sitzen, auf welchem es dann nach Verlauf von einer Viertelstunde mit bleichem Gesichte besinnungslos zusammensank. Es stellte sich darauf ein tetanischer Krampf im ganzen Körper ein und als Herr L. nach einigen Minuten hinzukam, fand er Folgendes: Das Kind war ganz steif und litt an einem beginnenden Opisthotonus; es war kalt und im Gesichte zeigte sich eine starke Kyanose; die Augen waren nach oben und innen gedreht, die Pupillen kontrahirt und gegen den Lichtreiz unempfindlich. Der Puls war äusserst schwach, schnell und kaum fühlbar; die Bewegungen des Herzens waren ungleich; die Sensibilität in der Haut war vermindert; aus dem Halse verspürte man noch immer den Kamphergeruch. Die tetanische Steifheit dauerte nur eine kurze Zeit und folgten hierauf konvulsivische Zuckungen in den Extremitäten. Es wurde von Herrn L. ein Brechmittel aus Rad. Ipecacuanh. verordnet, welches bald wirkte, und hatte das Ausgebrochene

ebenfalls einen starken Kamphergeruch. Bald nach der Wirkung des Brechmittels schien das Kind ruhiger zu werden; die Farbe und Wärme der Haut kehrten bald wieder und stellten sich nun vermehrte Hitze und Röthe, besonders im Gesichte, ein; der Kopf fühlte sich heiss an; der Puls wurde voll und schnell und verfiel das Kind in einen ruhigen Schlaf, in welchem es schnarchte. Es wurden nun Eisumschläge auf den Kopf, Begiessungen des ganzen Körpers mit kaltem Wasser gemacht, es wurden die Füsse mit heissem Senfwasser gewaschen und das Kind vermocht, Milch und Wasser zu trinken. Am Abend war es bedeutend ruhiger geworden, die Haut fühlte sich weniger heiss an und schien der Schlaf nun ein natürlicher zu sein. Das Kind schlief hierauf die ganze Nacht hindurch, schwitzte gegen Morgen, war beim Erwachen vollkommen bei sich, hatte Appetit und war am Abend allem Anscheine nach völlig hergestellt. — Allen Nachforschungen nach gelang es Herrn L. nicht, zu ermitteln, wie gross die Quantität des Kampheröles, welche der Knabe vielleicht zu sich genommen hatte, gewesen sei. Vor einigen Monaten hatte die Mutter für etwa 10 Orts (Heller) gekauft, dasselbe in eine Geschwulst eingerieben und befanden sich etwa noch zwei Theelöffel voll im Glase, so dass es ungewiss blieb, wie gross die Menge, welche die beschriebenen Zufälle erregt hatte, gewesen sei.

Hydromeningocele.

Herr Santesson zeigte in der Gesellschaft ein sieben Monate altes Kind, welches am Hinterkopfe von Geburt an eine Geschwulst von dem Umfange und der Form eines mittelgrossen Apfels hatte. Bei der Geburt war dieselbe viel kleiner gewesen, hatte allmählig zugenommen, ohne dass sich bei dem Kinde irgend welche Krankheitserscheinungen gezeigt hatten. Die Geschwulst fühlte sich fluktuirend an, verkleinerte sich nach und nach deutlich, wenn man sie zusammendrückte, — nahm aber ihren früheren Umfang bald wieder an, sobald der Druck aufhörte. Eine Oeffnung oder Fissur im Schädel liess sich nicht entdecken; es musste dieselbe von ganz kleinem Umfange sein. Mit Ausnahme des

Stieles erschien die Geschwulst bei einem vorgehaltenen Lichte durchsichtig und als ein Probeeinstich in dieselbe gemacht war, wurde eine dünnflüssige wasserhelle Flüssigkeit ausgeleert, die eiweisshaltig und reich an Chlorsalzen war; in Zeit von vier Stunden hatte sich die Geschwulst wieder gefüllt. Wenn das Kind schrie oder sich heftig bewegte, so wurde die Geschwulst etwas mehr als gewöhnlich voll und gespannt. Wegen des Sitzes der angeborenen Geschwulst, ihrer Verkleinerung beim Drucke, der Fluktuation und Durchsichtigkeit derselben wurde sie als Hydromeningocele diagnostizirt. — Herr Santesson machte darauf noch aufmerksam, dass die differentielle Diagnose der verschiedenen Formen des Hirnbruches erst in den letzten Zeiten gehörig bestimmt sei und zeigte hiedurch, wie die bei dem Kinde vorhandene Geschwulst sich von einer Encephalocele, deren Inhalt von Hirnmasse gebildet wird, und der Hydrencephalocele, deren Inhalt aus flüssigen Bestandtheilen und Hirnsubstanz besteht, unterscheide.

Bruch des Stirnbeines mit Vorfall von Gehirn.

Ein 9jähriger Knabe wurde am 24. Mai 1863 in's *Lazareth* zu Linköping gebracht und dem Arzte desselben Herrn Asman zur Behandlung übergeben. Der Knabe hatte am Tage zuvor eine alte Eiche erklettert, um ein in derselben befindliches Krähennest auszunehmen, und war aus einer Höhe von 12 bis 14 Ellen aus derselben herabgefallen, wobei er theils gegen hervorstehende Ecken des Baumes theils gegen einen am Fusse desselben belegenen grossen Stein geschlagen war. Bei der Aufnahme war derselbe in einem halb soporösen Zustande und hatte an der rechten Seite der Stirne eine grosse Geschwulst, welche, als man sie befühlte, aus einer festeren und einer lockereren Substanz bestand. Jene war ein Knochenstück, welches ganz lose lag und ohne Schwierigkeit entfernt werden konnte, der weichere oder lockerere Theil war Hirnmasse. Da dieselbe zerrissen und in der Wunde eingeschnürt war, so musste sie behutsam mit dem Stiele eines Operationsmessers abgeschabt werden. Diese Operation schien den Kranken nicht weiter zu beschweren; der halb

soporöse Zustand dauerte einige Zeit fort und zeigte die Hirnmasse fortwährend eine Neigung, sich hoch in der Wunde zu erhalten. Verschiedene Male konnten von derselben kleine, brandig gewordene Stücke abgelöst werden. Ausser Eis auf den Kopf wurden nur kaltnasse Umschläge auf die Wunde selbst gemacht, welche sich darnach gut anliess. Endlich wurden Grützumschläge gemacht, als sich von den Wundrändern aus die Neigung zeigte, dass die Hirnmasse beifallen und eine Hautdecke sich bilden wolle. Mit dieser Bildung hatte es indessen keinen sonderlichen Fortgang. Der Kranke konnte jedoch am Ende des Jahres entlassen werden, nachdem man ihn mit einem passenden Verbande, der aus einer ausgehöhlten, gepolsterten Pelotte bestand, versehen hatte. — Als die Genesung ihren Anfang nahm, zeigten sich die Verstandeskräfte des Kranken in keinerlei Weise gestört und war keine Spur von Stupidität bei ihm vorhanden. — Im Anfange konnte die Grösse des Bruches, theils wegen der vorhandenen starken Geschwulst, theils, weil man eine so sehr empfindliche Partie nicht unnützerweise berühren mochte, nicht genau bestimmt werden; später zeigte sich, dass er volle 4″ lang und fast 3″ breit war; seine Längsachse fing an der Stelle, woselbst der Haarwuchs begann, und in der Mittellinie der Stirne an und erstreckte sich nach aussen und unten. Durch Nachlässigkeit des Knaben fing die vernarbte Stelle nach sechs Wochen wieder an zu ulzeriren, weshalb derselbe nochmals in's Lazareth kam, allein nach einigen Tagen wiederum geheilt entlassen werden konnte.

Aus den Verhandlungen der norwegischen medizinischen Gesellschaft in Christiania im Jahre 1864.

Angeborene Missgestalt eines Beines mit sonderbarer Bildung.

Am 10. Februar zeigte Herr Voss ein missgestaltetes Kind, welches von Eltern herstammte, die sieben wohlgebil-

dete Kinder besassen, vor. Das in Rede stehende Kind war ein Zwillingskind, welches am 27. Juli 1862 in einer Fusslage zuerst zur Welt kam. Beide Kinder gediehen gut, erhielten zuerst die Mutterbrust und wurden dann gefüttert. Das wohlgebildete Kind war ein Knabe, das missgestaltete hatte in der Taufe den Namen Friderike erhalten. Dasselbe sah gesund aus, war wohlgenährt, hatte 8 Zähne, war 77 Centim. lang. Mit Ausnahme der Beckenorgane war dasselbe, was den Kopf, Hals, die oberen Extremitäten und den Rumpf anbelangt, wohlgebildet, und auch die rechte untere Extremität war ebenfalls normal entwickelt und stand im gehörigen Verhältnisse zum Körper. Die linke untere Extremität war dagegen deform; der Oberschenkel derselben war etwa so gut entwickelt wie der rechte und im Hüftgelenke frei beweglich; das Kniegelenk war ebenfalls frei beweglich, hatte aber einen etwas geringeren Umfang als das rechte; von diesem aus verschmälerte sich die Extremität aber allmählig und endigte mit einer wohlgebildeten Zehe, die grösser als die grosse Zehe am anderen Fusse war. Die Länge vom unteren Ende der Patella bis zur Spitze der Zehe betrug 15 Cm. (an der rechten Extremität 23 Cm.); der Unterschenkel bestand *bloss* aus der Tibia; der Fuss nur aus einem Tarsalknochen (ohne Hacke) und aus einem Metatarsalknochen und hatte die Zehe zwei Phalangen mit einem normalen Nagel auf dem letzten. Dieselbe war in den verschiedenen Gelenken beweglich. Der Umfang des Theiles, welcher dem Fussgelenke entsprach, war 6 Cm. (um das rechte Fussgelenk und die Hacke 15 Cm.). Gleich bei der Furche zwischen den Nates ging ein Glied aus, welches einer Oberextremität glich, nämlich von der linken Incisura ischiadica. Das Os sacrum und Os coccygis konnten gut erkannt werden und fühlte man die Spitze des letzten Knochens deutlich nach rechts von der widernatürlichen Extremität. Diese hing fast wie ein Schwanz nach unten hinab, etwas schräg nach rechts hin und divergirte daher mit der linken Lende. Dieselbe mass von ihrer obersten Begrenzung zu oben in der Incisura ischiadica bis zur Fingerspitze 19 Cm., und 16 Cm. von dem Rande, woselbst sie sich gegen die linke Lende wendete. An dem Gliede konnte man nach-

weisen: einen Oberarmknochen, die Ulna (ohne Radius) mit Anchylose im Cubitus (das Olecranum war nach hinten gekehrt), einige Knochen im Karpus und zwei Finger, wovon der eine, welcher dem Daumen entsprach, doppelt war. Was ein Hand- und Fingergelenk sei, liess sich durchaus nicht nachweisen; sie wurden nicht aktiv von dem Kinde bewegt. Die einzige Bewegung, welche das Kind mit dieser Extremität ausführte, war die, dass es dieselbe nach vorne hin zwischen die Lenden und etwas nach hinten (wie ein Schwanz) brachte, allein die Bewegungen waren sehr beschränkt. An der Basis hatte dieselbe 11 Cm., am Handgelenke 7 Cm. im Umkreise. Das Oberarmgelenk war nur wenig beweglich. Von diesem Gelenke streckte sich ein einigermassen flacher Knochen (Skapula?) der Incisura ischiadica entlang und ein schmaler rundlicher Knochen (Clavicula?) in die Tiefe im Perinaeum hinein, und fühlte man bei der Exploration durch die normale Afteröffnung, dass er etwas quer über vor dem Rektum hinging. Eine genaue Untersuchung auf diese Weise liess sich indessen nicht ausführen.

An der Seite des Anus nach links hin war eine Vertiefung, welche blind endigte und mit einer Art von Schleimhaut bedeckt war; der Grund derselben war so gross, dass er die Spitze eines Fingers aufnehmen konnte und dehnte er sich in der Richtung nach vorne hin aus. Im vorderen Theile desselben fand sich eine feine Oeffnung, durch welche sich eine Sonde einbringen liess und durch diese Oeffnung liess das Kind den Urin in einem feinen Strahle. Der Penis hatte eine deutlich entwickelte Glans mit einer Grube am Ende; von der Vertiefung im Perinaeum bis zur Glans fehlte die Pars spongiosa penis und hatte man sonach eine Hypospadie vor sich. Die oberste Circumferenz der Glans bedeckte und umgab ein grosses Praeputium und gegen den Rand von diesem Praeputium lag ein weisses, eiförmiges Ding von der Dicke wie das Ende einer Federpose und von 1 Cm. in der Länge, welches unter einem stumpfen Winkel mit einem dünneren runden Strange zusammenhing, der dem Seitentheile des Penis unter der Haut bis gegen den Annulus inguinalis hin folgte (Testis et deferens). Auf der rechten Seite befand

sich ein normales Skrotum und Testikel. Im mittleren Theile der linken Weiche zeigte sich eine Papille, welche ganz einer solchen an der Mamma bei einem grösseren Kinde glich.

Herr Voss suchte nun, indem er andere Missgeburten aus dem pathologischen Museum vorzeigte und das allgemein Bekannte über Monstra abundantia anführte, das überzählige Glied bei der in Rede stehenden Missgeburt dahin zu erklären, dass dasselbe ein Theil eines Parasiten sei, dessen übrige Körpertheile nicht entwickelt worden seien. Durch die Gegenwart derselben, meinte er, dürfte man berechtigt sein, die gehemmte Entwickelung der linken unteren Extremität und die Missbildung des Perinäums und der Genitalien zu erklären; keinesweges dürfe aber das Verhalten als eine Tripädie aufgefasst werden.

Herr C. Heiberg glaubte, dass die Amputation des überflüssigen Gliedes möglicherweise die Entwickelung der mangelhaft ausgebildeten unteren Extremität befördern könnte.

Ichthyose.

In der Sitzung um 8. Juni erwähnte Herr W. Boeck, dass er vor 20 Jahren in der Wochenschrift für Medizin und Pharmazie eine Abhandlung über Ichthyose publizirt und derselben die Zeichnung von einem an dieser Krankheit leidenden Kranken aus Thelemarken beigefügt habe. Er stellte der Gesellschaft nun einen vier Jahre alten Knaben vor, der ebenfalls an Ichthyose litt und aus derselben Familie abstammte wie der früher von ihm beschriebene Kranke. Auf Ansuchen des Herrn B. hatte der Prediger aus der Gegend, in welcher die Familie zu Hause war, nähere Nachforschungen über das Vorkommen der genannten Krankheit in derselben angestellt und hatte gefunden, dass der Stammvater, der im Jahre 1680 geboren war, vier Kinder gehabt hatte, und hatte in der Familie des zweiten und dritten von diesen Kindern die Ichthyose sich gezeigt. Der Knabe, den Herr B. vorzeigte, stammte aus der einen von diesen Familien, litt an der squamösen Form der Krankheit, die über den ganzen Körper verbreitet und demselben angeboren war, wie solches bei dieser Form gewöhnlich der Fall zu sein pflegt. Mit Aus-

nahme eines heftigen Juckens war der Knabe wohl. Herr B. stellte noch einen Kranken vor, der ebenfalls an Ichthyose litt und von Herrn Bidenkop behandelt wurde. Dieser hatte innerlich Leberthran gebrauchen und am ganzen Körper Einreibungen mit Olivenöl machen lassen, und versicherte Herr B., dass diese Behandlung so gute Resultate geliefert, wie er sie jemals bei der Ichthyose wahrgenommen habe, so dass er sich entschlossen habe, den Knaben auf dieselbe Weise zu behandeln, und wolle er später das Resultat davon der Gesellschaft mittheilen.

Staphyloraphie.

In der Sitzung am 31. August stellte Herr Voss ein zehnjähriger Mädchen vor, an dem er im Juli die Staphyloraphie gemacht hatte. Dasselbe hatte bei der Geburt eine Spaltung des weichen und harten Gaumens gehabt. Im Juli des vorigen Jahres war die Operation zum ersten Male ganz einfach so gemacht worden, dass man die Ränder blutig machte und dieselben durch 5 Suturen (4 von Silberdraht und 1 von Seide) vereinigte. Mit Ausnahme der untersten rissen die übrigen Suturen durch; es blieb nur eine feste Vereinigung zwischen den beiden Spitzen der Uvula und wurde die ursprüngliche Spalte zu einer so grossen Oeffnung reduzirt, dass die Enden zweier Finger eingebracht werden konnten. Im Januar und Februar 1864 wurden die Winkel oben und unten verschiedene Male mit dem Glüheisen kauterisirt, ohne dass jedoch die Grösse der Oeffnung dadurch kleiner wurde. Am 16. Juli wurde die Operation wiederholt. Zuerst wurden Seiteneinschnitte von $^3/_4$ Zoll Länge durch das Gaumensegel gemacht, aus welchen, besonders dem rechten, ungeachtet der Anwendung blutstillender Mittel, eine so anhaltende und starke Blutung sich einstellte, dass das Kind ganz anämisch wurde und die Operation ausgesetzt werden musste. Am folgenden Tage wurden die Ränder der Oeffnung blutig gemacht und durch 3 Silbersuturen vereinigt. Die Heilung gelang bis auf ein kleines Loch nahe der Spitze der Uvula, welches so gross war, dass der Kopf einer Sonde eingebracht werden konnte. Der Grund davon war der, dass die schmale

Brücke, welche die Spitzen der gespaltenen Uvula nach der ersten Operation vereinigte, wegen ihrer geringen Breite nicht blutig gemacht werden konnte. —

Herr V. bemerkte bei dieser Gelegenheit, dass die Muskulatur im Gaumensegel mehr Seiteninzisionen als bloss ein Durchschneiden des Tendo circumflexi palati anzeigen dürfte. Ein bisweilen vorkommender Verlauf der Arteria palatina ascendens, die nämlich mitunter zum Velum palatinum im geschlungenen Laufe zu diesem hinauf steigt und 1 oder 2 grosse Zweige zu demselben sendet und einen hinabsteigenden Zweig (Art. tonsillaris) zur Tonsille abgibt, veranlasste ihn, die Seiteninzisionen vor der Vereinigung der Oeffnung zu machen. Einige von ihm vorgezeigte Präparate bewiesen ein solches Verhalten der Arterie. Dadurch, dass man die Seiteninzisionen vorher macht, dürfte man es nach Herrn V. mehr in seiner Gewalt haben, die Blutung zu stillen, wenn ein Arterienzweig durch den Schnitt verletzt werden sollte. In dem in Rede stehenden Falle, meinte er, sei es ein Glück gewesen, dass er auf diese Weise verfahren habe, indem die Blutung erst durch lange Zeit fortgesetzte Kompression gegen die Seitenwand des Pharynx zum Stehen gebracht werden konnte.

Fremder Körper in der Luftröhre.

In derselben Sitzung theilte Herr Nicolaysen folgende Krankheitsgeschichte mit und zeigte die zu derselben gehörenden pathologischen Präparate vor: Gegen Mitte März 1864 kam ein Kind von 5 Jahren mit stark ausgesprochenen Respirationsbeschwerden, die etwa zwei Tage zuvor begonnen hatten, in's Reichshospital. Das Kind hatte mit einem dreieckigen Stücke eines Tellers von etwa der Grösse eines Nagels gespielt und gab die Mutter an, dass es dasselbe wohl verschluckt habe. Gleich nachher war Athemnoth, aber weder Husten noch Schlingbeschwerde eingetreten. Während der Nacht war das Kind sehr unruhig gewesen; nachdem es sich dann am Morgen einige Male reichlich erbrochen hatte, war es besser geworden; da aber die Dyspnoe im Laufe des Tages zunahm, suchte die Mutter ärztliche Hülfe nach. Das

Kind war im höchsten Grade widerspenstig, biss und stiess mit den Füssen, so dass man Gewalt anwenden musste, um die Inspektion des Rachens vornehmen zu können, wobei jedoch nichts entdeckt wurde. Man hielt das Kind an den Beinen in die Höhe, um so den Austritt des vielleicht vorhandenen fremden Körpers zu erleichtern, allein auch ohne Nutzen, und wurde das Kind auf Anrathen des Arztes nun in's Reichshospital gebracht.

Bei der Aufnahme war das Kind leicht kyanotisch, das Ein- wie Ausathmen war behindert, etwas pfeifend und blasend; die Stimme war etwas heiser. Dasselbe war matt, so lange man es nicht versuchte, dasselbe zu untersuchen, benahm sich dann aber wie ein wildes Thier. Die Schleimhaut im Rachen war etwas roth und geschwollen, mit dem Finger und Katheter konnte man nichts Abnormes in der Glottis fühlen und liess sich auch nichts auswendig an der Trachea entdecken. Das Vesikulargeräusch war in beiden Lungen äusserst schwach und wurde von dem zischenden Geräusche aus dem Larynx übertäubt. Der Puls war sehr beschleunigt, aber gut.

Weil zu der Zeit in der Gegend, in welcher das Kind wohnte, Diphtheritis herrschte, und weil Niemand gesehen hatte, dass das Kind den erwähnten fremden Körper wirklich verschluckt hatte, und man daher nicht sicher sein konnte, dass die Respirationsbeschwerden von demselben herrührten und weil der Zustand des Kindes ausserdem ganz leidlich war, so wurde beschlossen, die Tracheotomie vorläufig nicht zu machen. Das Kind erhielt ein Brechmittel aus Inf. Ipecac. mit Tart. stibiat. bis zur Wirkung und da man die Möglichkeit von Diphtheritis vor Augen hatte, so wurden Essigdämpfe in dem Zimmer, in welchem sich das Kind befand, entwickelt; dasselbe erhielt stündlich zwei Tropfen des Liquor Ferri muriatic. und wurde eine Injektion einer Auflösung von Argent. nitric. in den Larynx gemacht. Der Zustand blieb einigermassen unverändert, jedoch stellte sich nach dem Erbrechen einige Erleichterung ein; das Kind schlief ab und zu, die Kyanose verschwand, allein die Stimme blieb heiser und nahm der Puls an Frequenz zu; ab und zu stellte sich eine

kurze Zeit währende stärkere Athemnoth ein und etwas später als zwei Tage nach der Aufnahme des Kindes nahm die Athemnoth in einem solchen Grade zu, dass man zur Tracheotomie schritt, die zwischen dem zweiten und dritten Knorpel gemacht wurde. Nach derselben bekam das Kind einen langwierigen Anfall von Asphyxie, welcher die künstliche Respiration nöthig machte; es kam wieder zu sich, war aber äusserst matt und schwach. Nachdem es in der Nacht gut geschlafen hatte, befand es sich am folgenden Morgen recht wohl. Bei der Exploration mit dem Larynxkatheter konnte kein fremder Körper in der Glottis entdeckt werden; jedesmal, wenn man eine Untersuchung vornahm, wurde das Kind wie wahnsinnig, weshalb eine solche nur mit grosser Beschwerde bewirkt werden konnte. In den äusseren Bedeckungen am Larynx zeigte sich etwas Geschwulst und war diese Gegend empfindlich; dieses verschwand aber nach einiger Zeit und befand sich das Kind wohl und sass auf. Einen Monat nach der Operation berichtete die Krankenwärterin, dass aus der Röhre ein fester Körper von der Grösse eines Reiskornes und der viele Aehnlichkeit mit einer Zahnwurzel gehabt habe, herausgekommen sei; leider hatte sie diesen Körper nicht aufbewahrt. Es dauerte über zwei Monate, bevor die Luft anfing, während der Exspiration durch den Larynx zu gehen, indem das Kind etwas sprechen konnte, wenn man die Oeffnung der Röhre mit dem Finger zuhielt. Wiederholt vorgenommene Explorationen durch die Glottis lieferten immer ein negatives Resultat. Das Laryngoskop liess sich bei dem Kinde, welches bei den Untersuchungen zu unruhig war, nicht anwenden. Im Juni hatte sich das Kind erkältet und hustete einige Zeit, war aber übrigens wohl. Späterhin wurde eine Höllensteinsolution in die Glottis eingespritzt, allein eine bessere Luftpassage kam nicht zu Stande. Am 9. Juli wurde das Kind aus dem Hospitale entlassen, indem man zugleich den Arzt, der das Kind in's Hospital gesendet hatte, benachrichtigte, dass das Kind in seine Heimath zurückgekehrt sei, worauf derselbe die Eltern aufforderte, sich ab und zu mit dem Kinde bei ihm einzustellen. Der erste Bericht, den der Arzt nach einiger Zeit über das Kind erhielt,

lautete dahin, dass eines Morgens das Band, welches die Kanüle hielt, zerrissen und diese herausgeglitten sei und von keinem der Anwesenden wieder hätte hineingebracht werden können und dass das Kind nach einigen Minuten gestorben sei.

Bei der Leichenöffnung fand sich eine dreieckige Tellerscherbe mit etwa halbzolllangen Seiten in einer gestielten Granulationsmasse, die von der Schleimhaut an der vorderen Wand des Larynx hinter dem Ligamentum crico-thyroideum ausging, eingekapselt, so dass ein Winkel des Stückes sich nach unten, ein solches nach oben und vorne und eines nach oben und hinten kehrte, und nur nach hinten gegen die Platte des Ringknorpels hin war die trichterförmige Granulationsmasse offen. —

Sowohl von dem oberen als besonders von dem unteren Umkreise der Oeffnung in der Trachea hatten sich gestielte Granulationen entwickelt, welche vielleicht das Einbringen der ausgefallenen Röhre erschwert, sicherlich aber die Verstopfung der Oeffnung bedingt und dadurch Erstickung verursacht hatten. — Es war ein Unglück, dass man nicht die Oeffnung sofort durch das Ligam. crico-thyreoideum oder durch die Cartilago cricoidea, denen der fremde Körper so nahe lag, dass er sofort hätte gefunden werden müssen, gemacht hatte, ehe Anschwellung in der Schleimhaut entstand und er später von der Granulationskapsel eingehüllt wurde.

Herr Voss bemerkte, dass ihm das Präparat höchst interessant sei, indem er im Sommer bei einem 8 Monate alten Kinde, dem ein fremder Körper in den Larynx gekommen sei, die Tracheotomie gemacht habe. Vermittelst einer Sonde wurde der Körper durch die gemachte Oeffnung des Larynx hinaufgeschoben und ging etwa nach 12 Stunden durch den After ab. Das Kind starb am folgenden Tage unter Konvulsionen. Der fremde Körper bestand aus einem Stücke Eierschaale oder vielmehr aus Stücken einer Eierschaale, welche aufeinander lagen, von der Grösse eines kleinen Nagels war und scharfe Ecken hatte. In der Pars intraglottoidea laryngis fand sich bei der Leichenöffnung eine tiefe Wunde. Herr V. bemerkte, es habe sein Fall insoferne mit dem von Nicolaysen erzählten Aehnlichkeit, dass die Körper scharfe Ecken und

sich in dem geräumigeren Theile des Larynx, nämlich unterhalb der Ligamenta vocalia festgesetzt hatten. Die Ursache hiervon, meinte er, dürfte wahrscheinlich die gewesen sein, dass die Körper auf der Kante bei der Pars respiratoria glottidis hindurch geglitten und unter Spannung der Ligamenta vocalia mit einer Spitze in die Schleimhaut an der hinteren Wand getrieben waren, während der übrige Theil sich nach und nach einen Weg unter die Rima gebahnt habe.

Auf die Frage des Herrn Sandberg, weshalb das Kind so zeitig aus dem Hospitale entlassen sei, erwiderte Herr N., dass es in der langen Zeit von fast 4 Monaten nach der Operation sich wohl befunden habe, ohne dass sich ein positives Zeichen von der Gegenwart eines fremden Körpers gezeigt hätte. Wenn man der etwas unbestimmten Aussage der Wärterin, dass ein reiskorngrosser Körper aus der Kanüle gekommen sei, Glauben schenken konnte, so hatte man Grund, anzunehmen, dass dieses der erwähnte fremde Körper gewesen sei, da nur von einem solchen die Rede gewesen war. Da der Durchgang der Luft durch den Larynx hiernach aber nicht leichter wurde, so nahm man an, dass eine Entzündung im Larynx solche Veränderungen oberhalb der künstlichen Oeffnung hervorgebracht habe, dass der Larynx dadurch partial verschlossen worden sei. Es sei daher kein Grund vorhanden gewesen, das Kind länger in dem sehr überfüllten Hospitale zu behalten, zumal für Kranke, die um Aufnahme baten, Platz geschafft werden musste.

Herr Backer bemerkte, dass zu der Zeit, als er Reservearzt am Hospitale gewesen, kein Kranker, bei welchem die Tracheotomie gemacht worden war, eher entlassen wurde, als bis man die Kanüle leicht ausnehmen konnte.

Pocken.

Schon im Anfange des Jahres hatten sich in verschiedenen Gegenden des Landes Fälle von Pocken gezeigt und war das Kontagium wahrscheinlich von England aus eingeführt worden. Auch in Christiania kamen Fälle der Art vor und gaben dieselben Veranlassung zu Mittheilungen und Besprechungen in den verschiedenen Sitzungen der Gesellschaft. —

So theilte Herr Gjör am 24. Sept. folgende beiden Fälle, die im Pockenlazarethe vorgekommen waren, mit: Ein 2 Jahre alter, nicht vaccinirter Knabe kam am 7. April mit vielen bräunlichen Krusten im Gesichte und auf dem behaarten Theile des Kopfes in's Lazareth. Am Leibe und Rücken fanden sich ausserdem noch mehrere grössere und kleinere Pusteln, von welchen einige einen kleinen Eindruck in der Mitte hatten und von etwas Röthe umgeben waren. Das Kind war dabei weinerlich, fieberte und kratzte sich beständig. Das Fieber hörte in den ersten Tagen auf, die Pusteln trockneten ein, die gebildeten Krusten fielen ab und befand sich das Kind etwa 8 Tage lang wohl, als es am 21. April, also gerade 14 Tage nach seiner Aufnahme, wiederum Fieber mit etwas Husten bekam, und zeigte sich am Morgen des 24. Aprils ein röthliches papulöses Exanthem, zuerst im Gesichte und dann über dem ganzen Körper, und entwickelten sich allmählig deutliche, zum Theile konfluirende Pocken mit starkem Fieber. Die Krankheit verlief normal und wurde das Kind nach einer langen Rekonvaleszcenz hergestellt entlassen.

Da man, meint Herr G., sich wohl nicht gut zwei Ausbrüche von Variola mit nicht vollen 3 Wochen währendem Zwischenraume denken könne, so sei diese Erscheinung wohl nur allein dadurch zu erklären, dass der erste Ausschlag Varizellen gewesen seien, und habe man daher in diesem Falle einen ziemlich sicheren Beweis davon, dass Variolen und Varicellen zwei verschiedene Krankheiten seien, von welchen eine jede von ihrem besonderen Gifte bedingt würde. Man habe dieses bekanntlich in neuerer Zeit läugnen wollen und habe namentlich Hebra behauptet, dass Varicellen ebenso wie Varioloiden ein schwacher Grad von Variola seien und dass alle drei Formen von einem und demselben Gifte herrühren. In Norwegen habe man aber auch ziemlich allgemein die Varicellen als selbstständige Krankheit von der Gruppe Variola geschieden und beweise der erzählte Fall auch, dass diese Meinung richtig sei. — Bekanntlich nehme man für Variolen eine Inkubationszeit von 14 Tagen an und sei es interessant, dass diese Zeitangabe bei dem erwähnten Kinde genau eingetroffen sei. Am 7. April sei es aufgenom-

men und am 21. habe es Fieber mit katarrhalischen Symptomen bekommen, dem nach 3 Tagen der Ausbruch von Pocken folgte. Herr G. glaubt, dass eine Verwechselung von Varicellen und Variola leicht stattfinden könne, und dass er manchmal ungewiss gewesen sei, welche Krankheit er vor sich habe, und habe er erst 1 bis 2 Tage verstreichen lassen müssen, bevor er eine sichere Diagnose habe stellen können. In dem erwähnten Falle habe er das Kind erst am Tage des zweiten Ausbruches gesehen, die Beschreibung des ersten Ausbruches aber von Herrn Larsen erhalten, welcher das Kind in den ersten Tagen im Lazarethe beobachtet habe. — Der zweite Fall betraf eine Frau, die am 10. März 1864 ins Lazareth kam. Dieselbe hatte am 8., wie sie glaubte, 1 bis 2 Wochen zu früh, geboren, und waren die Pocken bei ihr am 9. ausgebrochen. Das neugeborene Kind, welches mit der Mutter in's Lazareth kam, war an demselben Tage von Herrn Steffens vaccinirt worden. An den ersten beiden Tagen war dasselbe ziemlich wohl, wurde dann aber unruhig und weinerlich; am 14. zeigten sich deutliche rothe Papeln über den ganzen Körper und nach vier Tagen starb dasselbe mit völlig ausgebildeter Variola und hatte ausserdem deutliche und gute Vaccinepusteln auf den Armen. In diesem Falle, in welchem die Mutter in der letzten Zeit der Schwangerschaft von den Pocken angesteckt war, brachen dieselben bei ihr am Tage, nachdem sie geboren hatte, aus, bei dem Kinde aber 5 Tage später. Man hätte, bemerkt Herr G., wohl als wahrscheinlich annehmen dürfen, dass, da Mutter und Kind das Kontagium dieselbe lange Zeit in sich getragen hatten, die Inkubationszeit bei beiden auch dieselbe gewesen sein müsse. Was die Ursache von dieser Verschiedenheit sei, könne man nicht wissen; dass dieselbe eine Folge der Vaccination gewesen sei, lasse sich nicht annehmen, sondern müsse sich jedenfalls eine andere Ursache geltend gemacht haben, weil das Kind erst einen Tag, nachdem die Mutter die Pocken bekommen hatte, vaccinirt worden war, ohne dass sich eine Spur von Ausschlag bei demselben zeigte. Es würde, meint Herr G., merkwürdig sein, wenn die Individualität bei dem Kinde im Mutterleibe sich so frühzeitig der Mutter gegen-

über sollte geltend gemacht haben, dass dadurch der Unterschied hervorgebracht sei.

In Betreff des ersten von Herrn G. erzählten Falles bemerkte Herr P. Winge, dass das Kind auf seine Veranlassung in's Lazareth gebracht sei. Es sei ein 2 Jahre altes, schwächliches, nicht vaccinirtes Kind gewesen, welches in einem entlegenen Theile der Stadt wohnte, in welchem sich Pocken gezeigt hatten. Das Kind hatte mehrere Tage bedeutend gefiebert, was sich verloren hatte, als der Ausschlag hervorgekommen war und Herr W. dasselbe zum ersten Male am 5. April sah. Ausser dem Ausschlage, der allerdings den Charakter von Varicellen hatte, zeigten sich auch im Gesichte und an mehreren Stellen des Körpers grosse Pusteln, welche sich in den folgenden Tagen mehr anfüllten und welche Herr W. dem Aussehen nach für Variola halten musste. Am 7. April liess er das Kind in's Lazareth bringen, nachdem er die Eltern und eine Schwester desselben revaccinirt und andere Massregeln zur Verhinderung der Ansteckung getroffen hatte. Nach der von Gjör gemachten Mittheilung sei er nun überzeugt, dass der Ausbruch Varicellen gewesen seien, indem man wohl nicht zwei so kurze Zeit nach einander folgende Ausbrüche von Variolis annehmen könne, allein der Fall habe zu denen gehört, in welchen es unmöglich sei, sofort eine sichere Diagnose zu stellen.

Herr Steffens bemerkte, dass er immer der Ansicht gewesen sei, dass die Varicellen von einem besonderen von dem Pockenkontagium verschiedenen Kontagium ihr Entstehen nähmen, und finde er diese Ansicht durch das von Gjör Mitgetheilte bestätigt. Wenn solches sich nicht so verhalte, so würden niemals Varicellenepidemieen in Zeiten vorkommen, in welchen keine Variolae sich finden; solche Epidemieen seien aber in Christiania beobachtet worden. Es sei allerdings in Zeiten, in welchen sich beide Krankheiten gleichzeitig zeigten, oft sehr schwierig, in den konkreten Fällen eine sichere Diagnose zu stellen, jedoch diente hier als Leitung, dass die Varicellen fast allein nur vaccinirte oder unvaccinirte Kinder ergriffen, während die Pocken verhältnissmässig Erwachsene ergriffen. Würden nicht-vaccinirte Kin-

der von den Pocken ergriffen, so war ihr Verlauf regelmässig und konnten sie daher nicht leicht mit Varicellen verwechselt werden. Er habe im Frühjahre 5 Kinder in einer Familie gehabt, unter welchen sich zwei befanden, die nicht vaccinirt waren, welche Varicellen bekamen. Der Verlauf derselben sei bei Allen derselbe gewesen und hätten die beiden Nichtvaccinirten bald nachher ordentlich verlaufende Kuhpocken gehabt. Wenn die Varicellen eine leichtere Form der Variolae wären, so, meinte er, würde die Vaccination wohl kein solches Resultat gehabt haben.

V. *Kleinere Mittheilungen.*

Differentielle Diagnose des chronischen Hydrocephalus und der Rhachitis mittelst des Augenspiegels.

Die Diagnose des chronischen Wasserkopfes ist bei ganz kleinen Kindern und selbst bei solchen, die bis zum 3. Lebensjahre gekommen sind, mit grossen Schwierigkeiten verbunden, namentlich wenn die Krankheit erst in der Entwickelung begriffen ist. So lange der Kopf nicht etwa durch seine abnorme Ausdehnung des Schädelgewölbes allen Zweifel beseitigt, bleiben die Sinnesstörungen und die Störungen der Motilität und Sensibilität die einzigen, aber in diesem zarten Alter sehr unsichere und verwirrende, Anhaltspunkte für die Beurtheilung. Dazu kommt, dass in dieser Lebensperiode noch eine andere Krankheit vorkommt, die auch eine Vergrösserung des Schädels bewirkt und die in der That oft zu Verwechselung mit beginnendem Hydrocephalus verleitet hat; wir meinen die auf den Schädel sich beschränkende Rhachitis, die mit inneren Krämpfen und Eklampsieen begleitet sich zeigt. Wir haben in unserer Zeitschrift schon früher mitgetheilt, dass eine Zeit lang Fisher in Boston in der Hörbarkeit eines pustenden Geräusches in der Gegend der vorderen Fontanelle ein diagnostisches Merkmal des Hydrocephalus gefunden zu haben

glaubte, dass aber die weiteren Untersuchungen von Wirthgen und Rilliet dieses pustende Geräusch (bruit de souffle céphalique) bei rhachitischen Kindern, ja auch bei ganz gesunden, unter gewissen Umständen ebenso angetroffen haben, wie bei wasserköpfigen. In neuester Zeit sind ophthalmoskopische Zeichen hinzugekommen, welche von viel grösserer Bedeutung für die differentielle Diagnose der Rhachitis des Kopfes und des Hydrocephalus sind. Wir wollen hier das mittheilen, was Hr. Bouchut nach seiner Erfahrung hierüber angibt (*Union médicale.* 13. Mai 1865).

„Beim chronischen Hydrocephalus," sagt er, „erleidet die Blutzirkulation und die Nutrition im Hintergrunde des Auges Veränderungen, welche die innere oder äussere Kompression des Gehirnes durch die innerhalb des Schädels angesammelte Flüssigkeit sehr wohl erklären, und es können diese Veränderungen mittelst des Augenspiegels ganz deutlich wahrgenommen werden. In dem Maasse wie die Flüssigkeit sich ansammelt und der Druck auf das Gehirn zunimmt, zeigt sich im Inneren des Auges: 1) eine grössere Vaskularisation der Pupille und der Netzhaut mit Erweiterung der Venen, welche ihre normale Farbe behalten; 2) eine Zunahme der Zahl der Gefässe der Netzhaut; 3) eine partielle oder vollständige seröse Infiltration der Pupille; 4) eine Atrophie der Netzhaut und ihrer Gefässe und 5) eine mehr oder minder deutliche bisweilen vollständige Atrophie des optischen Nerven.

Diese Veränderungen sind natürlich verschieden je nach der Dauer des Bestehens der Krankheit und nach der Menge des serösen Ergusses; sie sind das Ergebniss der Kompression der Sinus, wodurch das Blut des Auges verhindert wird, in den Sinus cavernosus zurückzuströmen, und ein Oedem der Netzhaut erzeugt wird, und theils sind sie auch das Resultat der Kompression der optischen Nerven im Inneren des Schädels. Sie haben nicht immer einen gleichen Einfluss auf das Sehvermögen, denn mit Abrechnung der Atrophie der Pupille gestatten die anderen Theile des Auges den Kindern, noch Gegenstände zu unterscheiden. Bei der Rhachitis des Schädels existirt von allen diesen Veränderungen im Auge gar nichts."

„Von 22 rhachitischen Kindern im Alter von 3 Monaten bis 3 Jahren, bei denen am Rumpfe und an den Gliedmassen von der Rhachitis wenig zu sehen war, die aber einen ungewöhnlich grossen Kopf mit ausgedehnten Schädelwänden und noch weit offener vorderer Fontanelle hatten, und wo bei einigen sogar immer Krämpfe, Eklampsie und andere Nervenzufälle zum Vorscheine gekommen waren, ergab der Augenspiegel im Inneren des Auges durchaus keine Veränderung und ebensowenig zeigte die Pupille etwas Abnormes."

Wie weit die Anwendung des Augenspiegels behufs der Diagnose von Kompression des Gehirnes bei Erwachsenen führen kann, lässt sich noch nicht sagen; zu wünschen wäre, dass Diejenigen, die Gelegenheit dazu haben, auch hier in der Untersuchung vorgehen möchten.

Untersuchungen über die Punktion der Brust bei Kindern.

Hr. Dr. H. Guinier, Mitglied der medizinischen Fakultät in Montpellier, hat seine Untersuchungen über 31 authentische Fälle von Thoracentese bei Kindern ausgedehnt. Diese 31 Kinder stellten sich dem Alter nach wie folgt:

Alter:	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1 Jahr	4 Monate.
Kinder:	1	2	2	2	0	1	5	5	6	1	3	0	1	1	1

Aus diesen Untersuchungen ergibt sich:

1) Der Fall, welcher dem Hrn. Guinier selbst angehört und einen Knaben von 12 Monaten betraf, der durch die Punktion von einem reichlichen, serös-eiterigen Ergusse im linken Pleurasacke rasch geheilt worden, ist der einzige, an einem Säuglinge mit Glück verübte, so weit sich ermitteln lässt.

2) Obwohl diese 31 Fälle in sehr verschiedenen Zeiten vorgekommen und von verschiedenen Männern beobachtet worden sind, so gewährt das Resultat ihrer Vergleichung doch alle die nöthige Sicherheit, die man verlangen kann.

3) Die Operation ist öfter bei Kindern von 6 bis 8 Jahren gemacht worden (16mal), als vor diesem Alter (7mal), oder nach demselben (6mal). Das Alter von 14 Monaten ist lange als die äusserste Grenze angesehen worden.

4) Die Operation ist viermal so oft an Knaben als an Mädchen gemacht worden.

5) Ebenso ist sie sechsmal so oft an der linken Seite als an der rechten gemacht worden.

6) Es gab sechsmal so oft gelungene als misslungene Operationen.

7) Die Sterblichkeit oder vielmehr die Tödtlichkeit der Operation steht nicht im Verhältnisse zum Alter.

8) Erst seit dem Jahre 1851 sind glückliche Fälle von Thoracentese bei Kindern unter 6 Jahren veröffentlicht worden.

9) Niemals hat sich die Operation durch Herbeiführung einer Reizung oder einer traumatischen Entzündung der Pleura, oder durch Herbeiführung irgend eines anderen bedauerlichen Zufalles nachtheilig erwiesen.

10) In allen bekannten Fällen folgte eine grosse Erleichterung auf die Operation, die Heilung ist die Regel gewesen, der Tod die Ausnahme.

11) In letzterem Falle konnte die Operation nicht als die Ursache des Todes angesehen werden, der vielmehr durch sie deutlich aufgehalten wurde.

12) Bei der Vergleichung derjenigen Fälle, in denen ohne vorangegangene Punktion durch pleuritischen Erguss der Tod eingetreten ist, mit den 31 hier zusammengestellten Fällen wird man zu dem Schlusse berechtigt, dass die Thoracentese von den so gestorbenen Kindern noch eine ziemliche Anzahl gerettet haben würde.

13) Die pleuritischen Ergüsse, die beim Kinde eine grosse Neigung haben, eiterig zu werden, drängen dazu, die Operation möglichst frühzeitig zu machen, weil die eiterige Beschaffenheit die Folgen der Operation gefährdet und die Wiederherstellung verzögert.

14) Die Zeichen des Vorhandenseins eines Ergusses im Pleurasacke und auch die Zeichen der eiterigen Beschaffenheit

desselben sind beim Kinde in der Regel viel schärfer und sicherer.

15) Eine Krümmung der Wirbelsäule mit der Konkavität nach der kranken Seite hin begleitet immer die Heilung nach der Thoracentese, aber die Geraderichtung kommt ganz von selber und um so schneller, je jünger das Kind ist.

16) Das Einschneiden in die Haut und in die Interkostalräume, die Perforation des Brustbeines und der Rippen hat beim Kinde niemals so günstige Resultate gebracht als die Punktion in einem einzigen Akte und mittelst des subkutanen Eindringens, ein einziges Mal unternommen oder nach Umständen wiederholt.

17) Das ziemlich oft vorgekommene Eindringen von Luft setzt zwar eine unangenehme Komplikation, hat aber niemals das Leben des Operirten in Gefahr gebracht.

18) Injektionen verschiedener Art sind in die Pleura bei Kindern gemacht worden; es ist aber besser, wenn es möglich wird, sie nicht vornehmen zu müssen, obwohl man durch die stinkende Qualität der pleuritischen Flüssigkeit in Folge der eingedrungenen Luft dazu genöthigt wird.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bdn. — Gute Originalaufsätze üb. Kinderkrankheiten werden erbeten und nach Erscheinen jeden Heftes gut honorirt.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandl., Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journales beliebe man derselben oder den Verlegern einzusenden.

[BAND XLV.] ERLANGEN, NOV. u. DEZ. 1865. [HEFT 11 u. 12.]

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Ueber Stein in der Blase bei Kindern und wie dagegen zu verfahren.

Dieser Gegenstand ist in dieser unserer Zeitschrift schon öfter besprochen worden, aber verdient doch noch volle Aufmerksamkeit, da manche Punkte dabei in Betracht kommen, welche sich bei Erwachsenen, die am Blasensteine leiden, ganz anders gestalten und andere Rücksichten erfordern. Glücklicherweise ist überhaupt der Blasenstein in Deutschland nicht so häufig als in Frankreich, und besonders in England, und die Fälle, die wir hier zusammenstellen, sind auch fast alle aus den Hospitälern dieser Länder zusammengestellt. Woran es liegt, dass dort der Blasenstein sich häufiger zeigt, ist noch nicht klar, obwohl wir den Arbeiten englischer und französischer Autoren hinsichtlich der Aetiologie schon sehr viel Aufklärung verdanken. Wir dürfen nur an die Arbeiten von Golding Bird, Hassall, Thudichum u. A. erinnern. Man weiss, dass die Ablagerungen im Urine zahlreich und mannichfach sind, aber diejenigen, welche zur Steinbildung führen, sind nur wenige, und man kann sie als Urate, Phosphate und Oxalate zusammenfassen und wenn auch nicht selten der Kern des Steines irgend ein kleiner organischer Körper ist, was oft bei Kindern, namentlich bei Mädchen, vorkommt, so erzeugt doch in der grösseren Mehrheit der Fälle die Aneinanderhäufung der kleinen Krystalle der ge-

nannten Deposita den Stein, der sich in der Niere oder in der Blase bildet und der, wenn er nicht etwa durch den Urin mitfortgespült wird, durch neue Anlagerungen immer grösser und grösser wird und dann einen chirurgischen Eingriff unabweisbar macht. Es sind dieses bekannte Dinge und man weiss auch, dass der chirurgische Eingriff darin besteht, den Stein aus der Blase entweder mittelst einer blutigen Operation (Lithotomie, richtiger Cystotomie oder Urethotomie) herauszuschaffen oder ihn im Ganzen durch die mechanisch erweiterte Harnröhre herauszuziehen oder endlich, wo dieses nicht angeht, ihn vorher innerhalb der Blase in kleine Fragmente zu zertrümmern (Lithotritie), so dass er dann vom Urine herausgespült werden kann. Auf welche Weise bei Kindern einzutreten sei, muss die Erfahrung lehren und dieser Punkt ist es, den wir bei der Mittheilung der klinischen Fälle vorzugsweise im Auge haben.

In der Regel sind bei Kindern die Blasensteine nur klein, oft nur 10 bis 15 Gran schwer, und es liegt dieses daran, dass wegen der grossen Reizbarkeit des Organes in der Kindheit die Beschwerden gleich so gross werden, dass schon frühzeitig das Wegschaffen des Steines dringend gefordert wird und dieser nicht zur Vergrösserung gelangt. Bisweilen kommt er aber auch bei Kindern in ziemlichem Umfange vor und hat dann meistens noch einen Kalküberzug. In England ist man überzeugt, dass bei der Bildung von Blasenstein eine erbliche Disposition mit im Spiele ist und dass also, wenn solche Disposition wirklich obwaltet, schon frühzeitig die Diät des Kindes gehörig regulirt und eine passende innere Behandlung eingeleitet werden müsste.

Wir werden Gelegenheit haben, bei den Fällen, die wir hier mittheilen, noch einige klinische Bemerkungen zu erheben, welche als gute Anhaltspunkte für eine umfassende Arbeit dienen können.

Erster Fall. William L., 4 Jahre alt, ein schwächlicher schlecht genährter Knabe von skrophulösem Habitus, wurde in das königliche Freihospital in London aufgenommen. Die Symptome eines Steines in der Blase, nämlich Dysurie,

Strangurie, Verlängerung der Vorhaut u. s. w., waren nicht zu verkennen; ausserdem war in Folge des häufigen Drängens Vorfall des Mastdarmes eingetreten. Der Knabe hatte seit 5 oder 6 Monaten an Beschwerden gelitten, welche auf eine grosse Reizbarkeit der Harnblase hinwiesen; der Mastdarmvorfall war erst 3 Wochen vor der Aufnahme in das Hospital eingetreten und seine Zunahme war hauptsächlich der Grund, dass der Knabe in das Hospital gebracht wurde. So weit ermittelt werden konnte, war eine erbliche Disposition zur Steinbildung in der Familie nicht vorhanden.

Die Untersuchung ergab einen Stein auf der Basis der Blase, deren Reizbarkeit so gross war, dass man diese erst beseitigen musste, ehe man etwas Anderes vornehmen konnte. Zu diesem Zwecke wurde der Knabe 14 Tage im Bette gehalten und mit alterirenden und tonischen Mitteln behandelt und zugleich ein gelinder Druck angewendet, um den Vorfall des Mastdarmes zu hindern. Nachdem das Kind sich erholt hatte, wurde es auf gewöhnliche Weise von Herrn Wakley mittelst des seitlichen Schnittes im Damme operirt und ein Stein, der mehr als $1^1/_2$ Drachme wog, herausgeholt. Sehr wenig Blut ging bei der Operation verloren und Alles ging ganz vortrefflich. Schon am siebenten Tage lief der Urin durch die Urethra und am 14. lief nichts mehr davon durch die Wunde, welche am 21. vollständig zugeheilt war; auch der Mastdarmvorfall kam nicht wieder. Der Knabe wurde geheilt entlassen.

Der Stein wog 94 Gran und hatte eine spezifische Schwere von 1,53; er war äusserlich glatt und polirt, oval und etwas abgeflacht und hatte ganz das Ansehen eines Steines, der vom Wasser abgespült worden ist, eine Form, welche ohne Zweifel durch das fortwährende Rollen des Steines in dem Urine innerhalb der Blase hergekommen ist. Innerlich hatte der Stein eine blätterige Struktur; er bestand fast ganz aus harnsaurem Kalke mit etwas harnsaurer Magnesia, einer Spur von harnsaurem Natron und einer kleinen Menge von phosphorsaurem Kalke und phosphorsaurem Ammoniak. Belegt war der Stein mit kleesaurem Kalke, aber von Kali fand sich keine Spur. „Vor einigen Jahren“, bemerkt Herr Has-

sall, der den Stein untersucht hat, „würde man ihn als aus harnsaurem Ammoniak bestehend erachtet haben und obwohl wirklich Harnsäure nur selten in gewisser Menge in Verbindung mit dem flüchtigen Alkali gefunden wird, so spricht man doch immer irrthümlich noch jetzt von harnsaurem Ammoniak, wofür man die Urate ansieht.

Zweiter Fall. Dieser Fall betrifft eigentlich kein Kind, sondern einen Burschen von 18 Jahren, aber wir wollen ihn nicht übergehen, weil er manche interessante Umstände darbietet und weil eigentlich die Lithiasis aus der Kindheit sich herschreibt.

Richard R., 18 Jahre alt, am 17. Februar 1864 in das St. Georgs-Hospital in London aufgenommen. So lange er sich erinnern kann, hat er Gries mit dem Urine entleert und oft an Harnbeschwerden gelitten, jedoch nie blieb der Urin plötzlich aufgehalten; nur fühlte der Kranke oft starke Reizung in der Eichel und Vorhaut. Bei der Aufnahme war sein Allgemeinbefinden gut; der Urin alkalisch und enthielt etwas Eiweiss, Eiter, Schleim und Krystalle von Tripel-Phosphat. Man fand bei der Untersuchung sogleich einen grossen rauhen Stein, der auch durch den Mastdarm und sogar von oben her durch die Bauchwand gefühlt werden konnte. Am 29. Febr. klagte der Bursche über Schmerz in der linken Lumbar- und Inguinalgend. Man erkannte eine gewisse Vollheit über der Schaamgegend und fürchtete ein bereits vorhandenes eiteriges Exsudat. Es wurde am 2. März eine Konsultation gehalten und man beschloss den Versuch zu machen, durch einen fortwährenden Strom von einem chemischen Wasser mittelst eines doppelten Katheters innerhalb der Blase den Stein aufzulösen. Bevor aber dazu geschritten werden konnte, wurde der Knabe immer schlechter, bekam eine fahle Gesichtsfarbe, eine trockene braune Zunge, heftigen Durst, Leibschmerz und einen kleinen schnellen Puls; die Schwellung über dem Schaambogen nahm zu; es trat heftiger Schweiss ein abwechselnd mit Frösteln. Ein in die Blase geschobener Katheter brachte 3 Unzen eines sehr faulen Urines heraus und der Tod erfolgte am 5. März.

Die Leichenschau, 56 Stunden nach dem Tode, ergab im Herzen eine Veränderung der Trikuspidalklappe, ferner in der rechten Pleura eine alte Verwachsung, sonst nichts in der Brust. Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich sofort vor der Blase und zum Theil innerhalb der Bauchfellhöhle und theilweise in der Bauchwand selbst ein grosser Abszess. Nach Entleerung des Abszesses sah man an dessen hinterer Wand ein guldengrosses Loch, durch welches der Stein zu sehen war, und ausserdem fand sich noch in der Abszesswand ein anderes kleines Loch, durch welches der Eiter in die Bauchfellhöhle getreten war. In der herausgenommenen Harnblase lagen 3 Steine, von denen einer, von unregelmässiger Form, 5 Unzen und 120 Gran wog. In der Blase steckte dieser Stein mit seinen Enden nach oben und unten und mass $1^1/_2$ Zoll in senkrechter und fast ebensoviel in horizontaler Richtung. Von den anderen beiden Steinen lag einer oberhalb und einer unterhalb dieses grossen Steines; sie wogen 120 Gran und 115 Gran. Die Muskelhaut der Blase war verdickt, aber die Schleimhaut glatt und kaum verändert und es fanden sich nur Körner von phosphatischer Ablagerung hier und da auf derselben. Die vordere Blasenwand zeigte das schon beschriebene Loch, welches in den Abszess führte, der etwas grösser als eine Pomeranze war; auch die kleinere Kommunikation zwischen Blase, Abszess und Bauchfellhöhle konnte man von hier aus deutlich erkennen. In letzterer und im Becken viel Eiter. Das Becken der linken Niere etwas erweitert, ebenso das der rechten; viele kleine Ablagerungen in der Rindensubstanz der Nieren; die Ureteren sonst normal.

Interessant ist in diesem Falle die bedeutende Grösse des einen Steines und die Zerstörung, die derselbe angerichtet hat. Bei ältlichen Personen, welche jahrelang an Blasenstein gelitten haben, kommt eine solche Vereiterung wohl vor, aber in so früher Jugend ist dieses doch höchst selten; es ist klar, dass hier eine Operation nichts genützt hätte, und auch die Injektion einer auflösenden Flüssigkeit würde den Tod nicht abgewendet haben. Welche Zusammensetzung die Steine hatten, ist nicht angegeben.

Dritter Fall. William D., 3 Jahre alt, wurde am 1. November 1864 mit Symptomen von Blasenstein in das Westminster-Hospital in London gebracht. Er kam vom Lande und war bis 4 Monate vorher vollkommen gesund. Dann aber wurde bemerkt, dass er öfter zum Urinlassen sich gedrängt fühlte als gewöhnlich, und dass er dabei jedesmal grossen Schmerz kundgab. Nie ging ihm Blut ab, aber der Urinstrahl wurde oft plötzlich unterbrochen und der Harn tröpfelte oft unfreiwillig ab; ausserdem zupfte sich der Knabe fortwährend an der Vorhaut. Er war sonst kräftig und gut beleibt und im Uebrigen ganz wohl. Ein Stein in der Blase wurde sogleich erkannt und schien nicht gross zu sein. Am 3. November machte Hr. Heath den seitlichen Schnitt im Damme und zog einen 10 Gran schweren, ovalen, aus Harnsäure bestehenden Stein heraus. Es ging wenig Blut verloren und Alles ging vortrefflich und schon am 5. Dezember konnte der Knabe vollständig geheilt entlassen werden.

Hier waren die günstigsten Umstände vorhanden; der Stein war klein, die Blase nicht verändert und der Knabe frisch und gesund. Das Konkrement wog nur 10 Gran, aber es ist zu bemerken, dass das Gewicht eines Blasensteines nicht immer im Verhältnisse zu seiner Grösse steht. Es kommen kleinere Steine vor, die schwerer sind, und umgekehrt grössere, die verhältnissmässig leichter sind; es hängt das natürlich von der Zusammensetzung des Steines ab.

Vierter Fall. G. G., 4 Jahre alt, ein bleicher, aber sonst gesunder Knabe, wurde am 30. August 1864 wegen Blasenleidens in das Kings-College-Hospital in London gebracht. Man entdeckte sofort bei der Untersuchung einen Stein, der aber in der prostatischen Portion der Harnröhre so eingeklemmt war, dass kaum eine dünne Sonde vorbei in die Blase gelangen konnte. Erst bei dem zweiten Versuche gelang es, nachdem in Folge verschiedener Manöver der Stein in die Blase zurückgefallen war, ihn daselbst genauer zu umgehen.

Am 1. September wurde, wie gewöhnlich, der Seitenschnitt im Damme gemacht und ein Stein in Form und Grösse

einer kleinen Bohne herausgeholt. Er bestand aus Harnsäure mit etwas Phosphaten. Am 24. Sept. wurde der Knabe geheilt entlassen.

Dieser Fall bietet nichts Besonderes dar, mit Ausnahme des Umstandes, dass der Stein in die Harnröhre gedrungen und mit einer gewissen Leichtigkeit in die Blase wieder zurückgetreten war. Vermuthlich hatte er die längliche Form einer Bohne auch eben dadurch bekommen, dass die Anstrengungen, den Stein auszutreiben, bei dem Knaben sich oft wiederholt hatten. Wäre der Stein kleiner gewesen, so würde er wahrscheinlich auch ausgetrieben worden sein.

Fünfter Fall. J. C., ein blonder und zart gebauter Knabe, wurde am 5. September von seiner Mutter in das West-London-Hospital wegen Harnbeschwerden gebracht. Hr. Trevan fand bei der Untersuchung einen kleinen Stein und erfuhr von der Mutter, dass die Disposition zur Steinablagerung eine angeerbte sei, indem der Grossvater des Knaben väterlicherseits nach einer Steinoperation gestorben war, dass der Vaterbruder noch am Stein litte und dass ihre anderen drei Söhne sehr häufig Nierenschmerzen und sehr verschiedene Harnbeschwerden auszustehen gehabt haben. Am 15. Septbr. wurde im Damme der gewöhnliche Seitenschnitt gemacht und ein kleiner sogenannter Maulbeerstein, der zwei Drachmen wog, herausgeholt. Die Genesung ging rasch von Statten und am 3. Oktober konnte der Knabe das Hospital verlassen.

In diesem Falle war die erbliche Disposition ganz entschieden ausgesprochen.

Sechster Fall. W. P., 9 Jahre alt, wurde wegen Harnbeschwerden am 11. November 1864 in das Kings-College-Hospital gebracht. Der Knabe sah nicht sehr kräftig aus, obgleich er immer gute Nahrung und auch Bewegung in freier Luft gehabt hatte. Schon als er 3 Jahre alt war, hatte er über grosse Schmerzen beim Urinlassen zu klagen begonnen und schon damals soll ein Wundarzt einen Stein in der Blase entdeckt haben. Es wurde ihm aber nur einige Arznei ver-

ordnet und sonst nichts weiter gethan. Es folgten darauf Zeiten, in denen der Knabe sich besser befand und weniger Beschwerden beim Urinlassen hatte. Dann aber nahmen diese wieder zu und zuletzt konnte er nicht mehr in aufrechter Stellung Urin lassen, sondern nur in sitzender, und es ging ihm auch zu Zeiten etwas Blut ab. Im Hospitale fand man den Urin eiterhaltig und die Blase, so weit sich ermitteln liess, in einem krankhaften Zustande, so dass man in Bezug auf die Prognose zweifelhaft sein musste.

Am 19. November wurde von Hrn. Fergusson der gewöhnliche Seitensteinschnitt gemacht. Der Stein wurde beim ersten Uringusse in seinem günstigsten Durchmesser mit der Zange gefasst und herausgezogen; er war für das Alter des Kranken sehr gross, mass in einer Richtung $5^1/_2$ Zoll im Umfange und in der anderen $4^1/_2$ Zoll im Umfange und bestand aus Harnsäure mit einer dicken Schicht von Phosphaten.

Der Verlauf war günstiger als man vermuthete; zwar enthielt der Urin noch eine Zeitlang Eiter und Schleim, aber wurde mit der Zeit klarer. Am 28. Dezember war die Wunde schon in voller Heilung und es schien der gänzlichen Genesung wohl nichts entgegen zu stehen.

Der sehr grosse Stein in diesem Falle würde durch die Wunde nicht so leicht herausgebracht worden sein, wenn nicht Hr. Fergusson in dem Momente, wie er den Finger aus der Wunde zog und ein Guss des Urines folgte, die Zange rasch einschob und den Stein mit grosser Schnelligkeit in der günstigsten Axe erfasste. Dieses Erfassen des Steines im richtigen Augenblicke und in der richtigen Direktion ist einer der wichtigsten Akte der Lithotomie, indem der Schnitt selbst meistens weniger Umstände macht als das Herausschaffen des Steines, und es ist unzweifelhaft, dass Letzteres viel besser gelingt, wenn die Blase noch zum Theil mit Flüssigkeit gefüllt ist, und es ist daher sehr ernstlich darauf Bedacht zu nehmen, dass gleich nach gemachtem Schnitte die Blase nicht sofort sich entleere.

Siebenter Fall. A. B., 5 Jahre alt, von ziemlich gutem Befinden, wurde am 1. November 1864 in St. Mary's

Hospital in London aufgenommen. Nach Angabe der Mutter hatte das Kind seit 2 Jahren über Schmerz beim Urinlassen geklagt und in den letzten 12 Monaten mit dem Harne zugleich viel Blut entleert. Nach und nach war die Reizbarkeit der Blase so gross geworden, dass der Knabe immerfort am Drängen zum Urinlassen litt, dabei aber den heftigsten Schmerz empfand. Zur Zeit der Aufnahme in das Hospital klagte er auch über Schmerz und Empfindlichkeit in der hypogastrischen Gegend. Bei der ersten Sondirung der Blase konnte ein Stein nicht entdeckt werden, wurde aber bald darauf ganz deutlich erkannt.

Am 2. November wurde von Hrn. Lane der seitliche Schnitt im Damme gemacht und ein ovaler Stein, der einen Zoll in seinem grössten Durchmesser hatte, herausgezogen. Er war sehr rauh und unregelmässig, hatte eine oberflächliche Schicht von Phosphaten und einen Kern von Harnsäure, auch kleesaurer Kalk fand sich in der obersten Lage. Der Verlauf war ein ganz günstiger und schon nach 14 Tagen war die Wunde geheilt und konnte der Knabe entlassen werden.

Es ist zu bemerken, dass in diesem Falle Hr. Lane, nachdem er den Schnitt bis in die Pars membranacea der Harnröhre geführt hatte, nicht die gekrümmte, sondern die gerade Leitungssonde einschob, weil nach seiner Erfahrung diese das Messer viel besser führt und einen bequemeren Schnitt in die Blase gestattet als jene.

Achter Fall. W. T., 3 Jahre alt, wurde am 3. Juni 1864 in dasselbe Hospital gebracht. Seit 6 Monaten litt er an Harnbeschwerden, schrie jedesmal beim Urinlassen und zupfte sich fortwährend an der Vorhaut. Der Urinstrahl wurde bisweilen plötzlich aufgehalten, aber Blut war ihm nicht abgegangen. Die Sondirung ergab sofort einen Stein in der Blase. Der seitliche Steinschnitt förderte am 8. Juni denselben heraus. Dieser Stein hatte $1\frac{1}{4}$ Zoll in seinem längsten Durchmesser und bestand aus Harnsäure mit einer dünnen Schicht von Phosphaten. Am 27. Juni wurde der Knabe geheilt entlassen.

Neunter Fall. G. B., 13 Jahre alt, ein blasser, magerer Knabe mit etwas blödsinnigem Ausdrucke, seit 2 Jahren an Harnbeschwerden leidend, wurde am 17. Dezember 1864 in das Westminster Hospital in London aufgenommen. Hr. Holt entdeckte in der Blase einen Stein von beträchtlicher Grösse und unternahm am 20. Dezember die sogenannte Medianoperation (Schnitt in der Mittellinie des Dammes). Der herausgebrachte Stein war von ovaler Form und zwar $2^1/_4$ Zoll lang und $1^1/_4$ Zoll breit; er bestand vorzugsweise aus Phosphaten. Bis zum 23. war der Verlauf günstig; dann aber klagte der Knabe über Schmerz oberhalb der Blase und in der linken Seite; seine Zunge wurde belegt und trocken und der Puls sehr beschleunigt. Verordnet: eine Auflösung von Kali citratum. Es entwickelte sich Pyämie, die aller Mühe ungeachtet immer mehr vorschritt und am 5. Januar den Tod herbeiführte.

Die Leichenuntersuchung ergab einen zusammengezogenen Zustand der Blase mit verdickten Wänden; im Bauche viel Eiter, aber keine Spur von Peritonitis. Im rechten Pleurasacke auch Eiter und die rechte Lunge mit Abszessen bedeckt; die Nieren enthielten etwas Kalkablagerung; Leber und Milz gesund.

Zehnter Fall. W. M., 5 Jahre alt, wurde am 13. Januar 1865 von seiner Mutter in das k. Freihospital in London gebracht; die Symptome eines Blasensteines waren nicht zu verkennen und ausserdem war eine stark entzündete Phimose vorhanden. Die Reizbarkeit der Blase machte sich schon vor mehreren Wochen bemerklich und das fortwährende Zupfen an der Vorhaut brachte einen Arzt auf die Vermuthung, dass Askariden die Schuld haben. Sogenannte Wurmmittel halfen aber nichts; das Kind wurde magerer, verlor den Appetit und entleerte einen trüben und bisweilen sogar blutigen Urin, in welchem sich kleine Krystallisationen vorfanden. Die Untersuchung ergab sofort einen Stein, den man aus dem Klange, welchen das anstossende Instrument ergab, und aus der rauhen Beschaffenheit, die durch dasselbe fühlbar war, als aus kleesaurem Kalke bestehend erachtete. Am 17. Januar wurde

nach gehöriger Vorbereitung der gewöhnliche Lateralschnitt im Damme gemacht und der Stein herausbefördert. Am 21. Tage nach der Operation war das Kind vollständig geheilt, aber es traten dann Erscheinungen ein, welche auf ein Leberleiden hinwiesen, und erst am 12. März konnte der Knabe entlassen werden.

Der Stein war, wie man vorher vermuthete, rauh, wog beinahe 61 Gran und bestand aus Harnsäure und einem Ueberzuge von Tripelphosphat; die Oberfläche war mit kleesaurem Kalke belegt.

Eilfter Fall. Thomas K., $2^1/_2$ Jahre alt, im hohen Grade rhachitisch, wurde mit Symptomen von Blasenstein im Beginne des Jahres 1863 in das Kinderhospital in London gebracht. Die Kopfknochen waren noch nicht vollständig verwachsen; der Thorax zeigte deutlich den bekannten seitlichen Eindruck an der Verbindung der Rippen mit den Knorpeln; die Respiration des Kindes war sehr mangelhaft. Da aber die Symptome, die vom Blasensteine herkamen, sehr dringend waren, so musste doch die Operation unternommen werden. Die seitliche Lithotomie im Damme wurde wie gewöhnlich verübt, aber wegen der sehr bedeutenden rhachitischen Deformität des Beckens wurde es sehr schwierig, den Stein herauszuholen. Indessen gelang es doch und wider Erwarten ging die Genesung rasch von Statten. Der Stein bestand aus Phosphaten und mass 1 Zoll in der Länge zu $^3/_4$ Zoll in der Quere.

Zwölfter Fall. Georg D., 4 Jahre 4 Monate alt, wurde im März 1860 in dasselbe Hospital gebracht. Er war wohlgenährt und hatte seit 12 Monaten an Symptomen von Blasenstein gelitten; eine Woche vor seiner Aufnahme war ihm ein kleiner Stein von selbst durch die Harnröhre abgegangen. Es wurde die gewöhnliche Lateraloperation gemacht und ein kleiner Stein aus Harnsäure bestehend entfernt. Die Genesung ging gut von Statten und wurde nur durch eine ziemlich starke Cystitis und einen Abszess, der im Hoden-

mancherlei sehr üble Komplikationen die Lithotomie gefährlich machen.

Wir wollen jedoch zwei Fälle von Lithotritie bei Knaben hier mittheilen.

Erster Fall. H. W., 5 Jahre alt, aufgenommen am 15. November 1864 in das University-College-Hospital in London, hatte seit länger als 15 Monaten Schmerz beim Urinlassen, beständiges Abtröpfeln des Harnes mit vielem Bodensatze, plötzlichen Stillstand des Strahles, beträchtliche Reizung im Penis und Mastdarme und dann und wann Blutabgang aus der Harnröhre. Kurz vor der Aufnahme war der Knabe gar nicht nicht mehr im Stande, Urin zu lassen, und es mussten Kataplasmen aufgelegt werden, um dieses zu ermöglichen. Hr. Thompson sondirte ihn und fand einen sehr kleinen Stein in der Blase und entschloss sich, diesen zu zerquetschen. Es geschah dieses am 18. November, während der Knabe unter Chloroformwirkung sich befand, und es gelang, den Stein vier- bis fünfmal zu fassen und zu zerbrechen. Am 19. und 20. ging viel Gries ab und darunter ein Stückchen Stein von der Grösse einer kleinen Erbse. Am 23. wurde noch einmal das Instrument eingeführt, aber kein Stein mehr gefasst, der zerdrückt werden konnte; der Urin etwas dick, mit Blut gestreift. Am 28. wurde wieder sondirt, aber nichts mehr gefunden; es ging immer noch viel Gries ab. Am 6. Desember fing der Urin an klar zu werden und das Harnlassen ging gut von Statten. Gegen Ende dieses Monates aber trat wieder etwas Beschwerde dabei ein und die Untersuchung ergab ein ganz kleines Steinfragment, festsitzend innerhalb der Harnröhre nahe der Mündung; dieses Stückchen wurde mit einer feinen Zange herausgezogen und es traten keine weiteren Zufälle ein, so dass der Knabe in der zweiten Woche des Januar vollkommen geheilt entlassen werden konnte.

Hr. Th. bemerkt bei diesem Falle, dass allerdings der Lithotomie in diesem Lebensalter aus vielen Gründen vor der Lithotritie der Vorzug gegeben werden müsse. Ausser der Engigkeit der Harnröhre ist auch noch an die grosse Reizbarkeit der Blase bei solchen jugendlichen Subjekten zu den-

ken, welche mit grosser Kraft die kleinen Steintrümmer in die Harnröhre hineintreibt und sie dort sich verfangen lässt. Der Grund, weshalb er dennoch hier die Lithrotritie vorgenommen, war der kleine Umfang des Steines, von dem er hoffen durfte, dass, wie auch der Erfolg gelehrt hat, eine einzige Sitzung genügen würde, ihn vollständig zu zertrümmern. Es scheint dieses eine nothwendige Bedingung für diese Operation im Kindesalter zu sein, weil, wenn mehrere Sitzungen nothwendig würden, die Gefahr, in die das Kind versetzt wird, gewiss viel grösser sein dürfte als bei der Lithotomie. Die Bedingung für die Lithotritie bei Kindern ist demnach: Kleinheit des Steines und die Ueberzeugung, dass eine einzige Sitzung ausreichen werde.

Zweiter Fall. G. E., 7 Jahre alt, seit sechs Monaten an Symptomen von Blasenstein leidend, wurde von Hrn. B. Smith genau untersucht. Es ergab sich ein kleiner Stein, und da die Blase, wenn sie gefüllt war, sehr geräumig zu sein schien, so wurde der Entschluss gefasst, ihn durch Zertrümmerung herauszuschaffen. Es gelang auch, den Stein mit dem Instrumente zu fassen und ihn vollständig zu zertrümmern. Die Trümmer gingen nach und nach mit dem Urine ab, aber man hatte mindestens 14 Tage gegen den grossen Reizungszustand der Harnblase zu kämpfen und es konnte erst nach 4 Wochen der Knabe geheilt entlassen werden.

Zum Schlusse noch einige Bemerkungen über Blasenstein bei kleinen Mädchen. Es ist hier selbstverständlich von einer eigentlichen Lithotomie ebenso wenig die Rede, als von Lithotritie. Die Herausziehung des Steines aus der Harnröhre ist die alleinige Operation, die hier gewöhnlich in Betracht kommt, und die Hauptfrage bleibt, bis zu welchem Grade behufs der Herausschaffung des Steines die Harnröhre erweitert werden könne, ohne dass die Gefahr einer ange dauernden Inkontinenz des Urines entsteht, und dann, ob sie langsam und allmählig, oder rasch und auf einmal zu bewirken sei? Die Erfahrung hat gelehrt, dass bei kleinen Mädchen sowohl, als bei Erwachsenen weiblichen Geschlech-

tes die Harnröhre bis zu einem gewissen Grade ohne Nachtheil erweitert werden kann: bis zu welchem Grade aber, ist man im Zweifel. In einem Aufsatze von J. Lane über Lithotomie bei Frauen (Lancet, 17. Januar 1863) wird bemerkt, dass die Extraktion des Blasensteines durch die sehr erweiterte Harnröhre häufig eine Unfähigkeit, den Urin zurückzuhalten, zur Folge habe. Eine übermässige Dilatation lähme oder verletze in gewissem Grade die zur Schliessung des Blasenhalses dienenden Muskelfasern und erzeuge eine Inkontinenz des Urines, die oft das ganze Leben hindurch dauert. Es müsse demnach die Extraktion des Steines durch die Harnröhre nur vorgenommen werden, wenn derselbe klein ist und zwar, um ein Maximum zu bestimmen, keinen grösseren Umfang habe, als den einer Eichel bei Erwachsenen. oder einer kleinen Bohne bei Kindern. Andererseits sagt Humphry (Lancet, 30. Juli 1864): „Es ist überraschend, bis zu welchem Grade die weibliche Harnröhre ohne allen Nachtheil erweitert werden kann, wenn dieses nur langsam und in gehöriger Zeit geschieht; ja selbst wenn sie bei der Ausziehung eines sehr grossen Steines eingerissen wird, so heilt sie sehr schnell und es bleibt keine Inkontinenz zurück." Er fügt hinzu, dass er von einem 4 Jahre alten Mädchen mittelst allmähliger Erweiterung der Harnröhre einen Stein, der $3^1/_2$ Drachmen wog, ferner von einem 5 Jahre alten Mädchen einen solchen, der 2 Drachmen wog, und endlich von einem 12 Jahre alten Mädchen einen rauhen Stein, der 1 Unze und 1 Drachme wog und in seinem grössten Umfange $4^1/_2$ Zoll, in seinem kleinsten $3^3/_4$ Zoll mass, herausgezogen habe, und dass in allen diesen Fällen die Heilung schnell und vollständig war. Obgleich nun dieser streitige Punkt noch nicht ganz festgestellt ist, so wird man sich doch wohl fast immer für die Extraktion des Steines durch die erweiterte Harnröhre entscheiden müssen, weil ja doch sonst nichts übrig bliebe, als eine viel gefährlichere Operation, nämlich die Sectio alta oder der Vesico-Vaginalschnitt, oder der Versuch, den Stein innerhalb der Blase zu zertrümmern und ihn stückweise aus der Harnröhre herauszuschaffen, was auch sein grosses Bedenken hat. Hr. Bryant (*Medico-chirurgical Transactions* 1863 und

1864) spricht sich auch für die Dilatation der Harnröhre aus, will aber von der allmähligen Erweiterung nichts wissen, sondern will, dass sie unter Wirkung des Chloroforms sehr rasch gemacht werde; er habe auf diese Weise bei kleinen Mädchen Steine von 1 Zoll im Durchmesser und bei erwachsenen weiblichen Personen solche von 2 Zoll im Durchmesser herausgezogen.

Die folgenden Fälle mögen zum Beweise dienen, dass diese letzteren Angaben ganz richtig sind.

Erster Fall. M. B., ein gesundes Mädchen von 5 Jahren, wurde am 22. April 1865 in das Kinderhospital in London gebracht. Nach Angabe der Mutter hatte die Kleine seit 6 Monaten fortwährend an Harnbeschwerden und häufigem Drange zum Urinlassen gelitten und auffallend sei es gewesen, dass, wenn es mit dem Urinlassen nicht gut gehen wollte, die Kleine sich den Finger in die Geschlechtstheile schob und sich dadurch half. In der That fand sich ein beweglicher Stein in der Blase und Hr. Smith, in dessen Abtheilung sich das Kind befand, entschloss sich, denselben durch die Harnröhre herauszuziehen. Zu diesem Zwecke erweiterte er dieselbe so stark als irgend möglich und erfasste den Stein mit der Zange. Dieser konnte aber nicht durchgebracht werden und Hr. Sm. sah sich genöthigt, erst die untere Wand des Kanales ein wenig zu spalten und sogar einen Einschnitt in den vordersten Theil des Dammes zu machen. Der Stein war $1^3/_8$ Zoll lang, $1^1/_8$ Zoll breit und hatte $2^2/_8$ Zoll im Umfange. Es folgte eine geringe Anschwellung und Entzündung, die aber bald nachliess, die Wunde der Harnröhre heilte bald und das Kind verliess im besten Zustande am 7. Mai die Anstalt.

Zweiter Fall. Hier handelt es sich nicht um ein Kind, sondern um eine 35 Jahre alte Frau, welche nicht nur einen grossen Stein in der Blase hatte, sondern auch einen eiterigen Urin entleerte und ausserdem an einer Zellgewebsvereiterung in der rechten Lumbar- und Iliakgegend litt. Die Kranke wurde chloroformirt und eine rasche und kräftige Er-

weiterung der Harnröhre vorgenommen. Es wurden zwei Steine herausgezogen, von denen der eine $2^3/_8$ Zoll im Umfange hatte und 1 Zoll lang war, und der andere $1^6/_8$ Zoll im Umfange und $1^5/_8$ Zoll in der Länge mass. Später ging noch ein kleiner Stein, der aus den Nieren herabstieg, von selbst ab. Auch in diesem Falle hatte die Operation keine nachtheiligen Folgen; jedenfalls blieb keine Inkontinenz des Urines zurück.

Dritter Fall. Sarah B., 12 Jahre alt, abgemagert durch langes Leiden, wurde am 20. Dezember 1864 zu Hrn. Curling in das London-Hospital gebracht. Seit 16 Monaten war das Mädchen durch die heftigsten Harnbeschwerden geplagt und sehr von Kräften gekommen. Der Urin hatte einen starken ammoniakalischen Geruch, eine schmutzig-weisse Farbe, vielen Bodensatz und war blutig gestreift. Ausserdem hatten sich in den letzten 14 Tagen 3 bis 4 geschwürige Stellen in der Lumbargegend gebildet und die Hinterbacken waren entzündet und exkoriirt. Die Kleine wurde sofort, als ein Stein in der Blase erkannt war, chloroformirt und in eine Lage gebracht wie zum Steinschnitte. Der dreiblattige Dilatator von Weiss wurde in die Harnröhre geschoben und diese möglichst weit ausgedehnt. Da der nun eingeführte Finger dennoch nicht um den Stein innerhalb der Blase herumkommen konnte, so wurde das Instrument von Neuem eingeführt und eine noch grössere Erweiterung der Harnröhre bewirkt. Jetzt erst wurde es möglich, mittelst der gekrümmten Steinzange das Konkrement zu fassen und in einer etwas drehenden hebelförmigen Bewegung herauszuziehen. Die Dilatation und Extraktion dauerte nicht länger als 15 Minuten und ein paar Drachmen Blut gingen dabei ab. Der Stein war von ovaler Form, $1^1/_2$ Zoll lang und hatte $1^1/_8$ Zoll in seinem grössten Durchmesser. Gleich darauf wurde das Kind zu Bette gebracht und bekam einige Tropfen Laudanum und Abends ein warmes Hüftbad. Der weitere Verlauf war im Allgemeinen ganz gut. Einige Symptome von Entzündung verloren sich bald; in den ersten Tagen tröpfelte der Urin unwillkürlich ab; dann aber konnte das Mädchen den Urin zurück-

halten und wurde am 10. Januar vollkommen geheilt entlassen.

Der Stein bestand innerlich aus harnsaurem Ammoniak, umgeben von einigen Lamellen kleesauren Kalkes und äusserlich überzogen von phosphorsaurem Kalke.

Hr. Curling bemerkt bei dieser Gelegenheit, dass bei sehr grossem Steine in der weiblichen Harnblase es wohl rathsam sei, die Lithotritie anzuwenden, um das Konkrement zu zertrümmern, allein in dem mitgetheilten Falle sei dieses Verfahren nicht anwendbar gewesen, weil der Urin fortwährend abgeflossen war und die Blase sich genau um den Stein zusammengezogen hatte und also das Instrument zur Zertrümmerung des Steines nicht Raum gefunden haben würde. Jedenfalls ergibt sich auch hier das Resultat, dass eine rasche und gewaltsame Erweiterung der Harnröhre durchaus nicht den gefürchteten Nachtheil hat, Inkontinenz des Urines zu hinterlassen. Eine langsame und allmählige Erweiterung der Harnröhre durch Pressschwamm, eingeführte Kautschukblasen u. s. w. binnen 24 bis 30 Stunden, hält Hr. C. für viel schmerzhafter und peinlicher und auch wegen der langen Reizung für bedenklicher als die rasche Dilatation unter der Wirkung des Chloroforms.

Klinische Bemerkungen über Diphtherie.

Vom klinischen Standpunkte aus, meint Hr. E. H. Greenhow, Arzt am Middlesex-Hospital in London, d. h. vom Standpunkte der Gefahr und der dringenden Nothwendigkeit für die Behandlung, sind zwei Varietäten anzunehmen: die eine, in welcher die Erstickungsgefahr, und die andere, in welcher die allgemeine Blutvergiftung und deren weitere Wirkung das Leben bedroht. Es ist kaum nothwendig, umständlicher diese beiden Verhältnisse in's Auge zu fassen, denn jeder Arzt weiss, dass im ersteren Falle Ausschwitzung in den Luftwegen und im letzteren Falle Asthenie oder allmählige Erschöpfung die Ursache ausmacht. Zu bemerken

ist nur, dass, wenn man auch zwei solche Hauptformen in rein klinischer Hinsicht zugestehen will, man nicht vergessen darf, dass sehr viele Verschiedenheiten und Abstufungen dabei vorkommen können, und dass also die Gefahr und auch die Behandlung verschieden sich gestalten muss. Man erkennt dieses besonders, wenn die Diphtherie epidemisch waltet; man findet alsdann nicht selten neben einander die verschiedensten Gestaltungen der Krankheit, die bald sehr akut oder sthenisch, bald asthenisch auftritt. So sah Hr. Greenhow einen jungen Menschen von 15 Jahren, der mit der Krankheit behaftet von auswärts gekommen war und unter den heftigsten Erstickungszufällen an demselben Abende gleich nach der unternommenen Tracheotomie verstarb, wogegen vier Tage darauf dessen Schwester, ein Mädchen von 8 Jahren, von Diphtherie ergriffen wurde, welche eine rein asthenische Form zeigte und trotz dessen, dass gar keine Kehlkopfssymptome eintraten, doch am fünften Tage tödtlich ablief. Die Identität dieser beiden verschiedenen Formen erweist sich auch durch vorkommende Fälle, welche mehr oder minder in die eine und in die andere hineinspielen.

„Diese beiden Varietäten der Diphtherie", sagt Hr. Gr. weiter, „sind in klinischer Beziehung zwar die wichtigsten, aber in jeder Epidemie kommen auch Formen vor, die weder der einen noch der anderen zuzuzählen sind, Formen, in welchen weder die Luftwege bedeutend affizirt sind, noch Symptome eines Allgemeinleidens sich kundthun. Viele solcher Fälle würden vielleicht zu einer anderen Zeit als blosse entzündliche Anginen angesehen werden, wenn sie nicht gerade während der epidemischen Herrschaft der Diphtherie und zugleich mit ihr in derselben Familie sich träfen. Wir hatten im vorigen Herbste einen sehr heftigen Fall von Diphtherie, welcher aus einem Hause in der Nähe kam, in dem Angina vorher vielfach sich gezeigt hatte. Dieser Fall betraf einen Schuhmacherlehrling von 16 Jahren, welcher in demselben Zimmer mit drei anderen Knaben schlief. Die Familie bestand aus 8 oder 9 Personen, von denen 5 — und darunter die drei anderen Lehrlinge — im Laufe von 14 Tagen von mir nach einander wegen Angina behandelt worden sind, die verschie-

denen Grade der Intensität zeigten, aber keine Ausschwitzung. Zuletzt nun kam der erwähnte 16 Jahre alte Bursche, der zugleich so bedeutende Symptome von Prostration wahrnehmen liess, dass wir ihn in das Hospital bringen mussten. Sein Rachen war im Inneren auf beiden Seiten mit falscher Membran belegt und obwohl diese Angina sich bald besserte, so blieb er doch bettlägerig; am Tage nach seiner Aufnahme fand sich Eiweiss im Urine und es dauerte sehr lange, ehe dieser Bursche seine volle Genesung wiedergewann. Wiederum kommen während einer Epidemie Fälle vor, in denen die diphtherische Ausschwitzung im Rachen ganz bedeutend ist, aber sich so geringe Beschwerden zeigen, dass sie fast unbeachtet bleiben, und gerade diese Fälle sind es, die bei jeder rationellen Behandlung gut verlaufen, und der anscheinend gute Erfolg, dessen diese oder jene Kurmethode sich gerühmt hat, beruht gerade auf diesen milden Fällen und es ist ganz gewiss eine Täuschung, daraus allein den Schluss zu ziehen, dass nun endlich ein spezifisches Mittel oder eine ganz sichere Therapie gefunden sei. Damit soll der Werth solcher von guten Praktikern gerühmten Heilmethoden nicht herabgesetzt werden; es soll nur gewarnt werden, sich darauf zu sehr zu verlassen. Eine eigentlich spezifische Behandlung der Diphtherie gibt es bis jetzt noch nicht und jedes Schema, welches man etwa aufstellen möchte, lässt im Stiche. Leitend für die Behandlung bleiben immer die Erscheinungen, welche sich auf eine Affektion der Luftwege beziehen oder welche die allgemeine Blutvergiftung bezeugen, und es muss deshalb der mildeste und anscheinend gutartigste Fall von Diphtherie mit grösster Sorgfalt ins Auge gefasst werden, weil die sogenannten Halssyptome mit grosser Schnelligkeit sich einstellen und die Blutvergiftung eintreten kann, wo man es am wenigsten vermuthet."

Wir glauben, dass ein paar ausführlich mitgetheilte Fälle in dieser Beziehung belehrend sein werden und wir wollen deshalb Hrn. Greenhow folgen, welcher aus seiner Hospitalpraxis uns zwei Krankengeschichten zum Besten gibt, denen er einige Bemerkungen hinzufügt.

Marie Anna M., 11 Jahre alt, ins Hospital gebracht am 24. April, hatte seit etwa 8 Tagen an Erkältung gelitten und von Anfang an über Halsweh geklagt. Etwa zwei Tage vor der Aufnahme fing sie an zu husten und bekam etwas heisere Stimme, aber sie war doch aufgeblieben und sogar im Freien umhergegangen, bis am 23. April sie genöthigt war, in Folge zunehmenden Hustens, stärkerer Heiserkeit und Dyspnoe, im Bette zu bleiben und endlich sich ins Hospital schaffen zu lassen. In demselben fand man sie vollständig heiser, fast stimmlos, ihre Athmung war mühsam, etwas röchelnd; ihr Antlitz geröthet und mit einem ängstvollen Ausdrucke; ihre Haut heiss, ihr Puls ungefähr 140, Athemzüge 24 in der Minute. Anfangs soll bei der Aufnahme nur ein einziger weisser Fleck im Rachen des Kindes zu sehen gewesen sein, aber drei Stunden später war nichts mehr davon zu erblicken. Die Symptome wurden aber trotz dessen so dringend, dass in einer Konsultation der Hospitalärzte die Tracheotomie in Vorschlag gebracht wurde. Die genaue Untersuchung des Rachens ergab eine Auftreibung und Röthung der Mandeln, die Pfeiler des Gaumensegels ebenfalls dunkel geröthet und die Drüsen an den Winkeln des Kiefers, besonders rechts, sehr aufgetrieben; die Zunge feucht und weiss belegt; der Urin normal. Bei Untersuchung der Brust fand sich eine Dämpfung des Perkussionstones links unterhalb des Schlüsselbeines, die Respiration an beiden Seiten pfeifend mit etwas Rasseln im oberen Theile der linken Lunge. Etwas später soll die Dämpfung des Perkussionstones auf der ganzen linken Seite der Brust sich gezeigt haben; jedenfalls wurde die Athmungsnoth so gross, dass die Tracheotomie vorgenommen wurde. Während dieser Operation gingen etwa 3 Unzen Blut verloren und der Puls fiel sofort auf 128 und wurde sehr schwach. Die Respiration wurde aber ganz ruhig und das Kind verfiel in einen guten Schlaf. In der Nacht war der Puls wieder 140, die Zahl der Athemzüge 34, Schlaf war immer noch pausenweise eingetreten und das Kind hatte etwas Rindfleischbrühe und etwas Branntwein bekommen. Die Nacht zum 25. verlief ganz gut; der Puls am Morgen 130—140, die Athemzüge aber ziemlich beschleunigt und

etwas unregelmässig. Athmungsbeschwerden stellten sich von Neuem ein, die Untersuchung der Brust zeigte deutlich eine Affektion der Lungen und am 28. Nachmittags, etwa 48 Stunden nach der Operation, starb das Kind. Bei der Untersuchung der Leiche fand sich der Rachen frei von Ausschwitzung, aber die Mandeln erschienen an der Oberfläche etwas zerfetzt. Auf der unteren Fläche des Kehldeckels sah man ein loses Stück falscher Membran und der Kehlkopf so wie die Luftröhre abwärts war mit einer dicken Ausschwitzung belegt, die theils lose war, theils fest ansass. Die Operationswunde war gerade durch die ausgeschwitzte Membran hindurchgegangen. Diese Ausschwitzung zog sich hinab bis in den linken Bronchus, der mit dickem zähem Schleime angefüllt war; die Bronchialschleimhaut war überall sehr geröthet und aufgelockert; beide Lungen im Kongestivzustande und die linke in ihrem Obertheile kollabirt.

Es war dieses also ein Fall, den man eigentlich nicht Krup nennen kann, da die Kehlkopfssymptome fast gar nicht in Betracht kamen und Erstickung auch nicht drohte, sondern ein Fall von wirklicher Diphtherie der Athmungswege; Angina war zwar vorausgegangen, aber in milder Form, und es lässt sich annehmen, dass die erste Ausschwitzung im Rachen etwa auf den Mandeln stattgefunden hat und dann in wenigen Tagen in der Luftröhre und den Aesten derselben vor sich gegangen ist. Nach Hrn. Greenhow ist dieses der gewöhnliche Gang der Diphtherie, wenn sie die Luftwege befällt; sie beginnt im Rachen und kriecht nach längerer oder kürzerer Zeit in den Kehlkopf, die Luftröhre und deren Zweige. Die Zeitdauer zwischen dem Beginne der Ausschwitzung im Rachen und der Affektion des Kehlkopfes kann sehr kurz sein, bisweilen nur wenige Stunden währen; in den meisten Fällen aber vergehen einige Tage und in seltenen Fällen wohl eine ganze Woche, bevor der Uebergang im Kehlkopfe stattfindet. Wenn Fälle vorkommen, wo die Kehlkopfssymptome oder der Krup ganz plötzlich vorzutreten scheinen, so liegt der Grund darin, dass die vorangegangenen Erscheinungen, welche sich auf die Affektion des Rachens beziehen, überaus

milde waren und darum unbeachtet geblieben sind. „Im vorigen Herbste", sagt Hr. Gr., „sah ich auf Ersuchen eines Kollegen ein kleines Mädchen von 4 Jahren, dessen Halsaffektion so unbedeutend war, dass man gar nicht darauf geachtet hatte, und welches erst, als Athmungsnoth plötzlich eingetreten war, vom Lande nach der Stadt gebracht wurde. Wenige Stunden nach der Ankunft dieses Kindes wurde ich hinzugezogen und ich fand nicht nur die Mandeln verdickt und weisslich belegt, ferner die Unterkieferdrüsen aufgetrieben, sondern auch die deutlichen Zeichen des bereits bis zum Kehlkopfe hinabgegangenen Ausschwitzungsprozesses. Die milde Angina, die vorangegangen war, hatte nach den gemachten Mittheilungen wohl 8 Tage gewährt; jetzt aber, da der Kehlkopf vom Ausschwitzungsprozesse erreicht war, ging es sehr rasch und es musste versucht werden, durch eine künstliche Oeffnung den Lungen Luft zuzuführen, um das Leben zu retten und Zeit für die Ausstossung der falschen Membran zu gewinnen. Auf die spontane Ausstossung des Exsudates kann man sich nicht verlassen, obwohl es, selbst in verzweifelten Fällen, bisweilen vorkommt. Man hat zu bedenken, dass, wenn auch selbst durch grosse Anstrengung, z. B. durch fortwährend erregtes Erbrechen, eine Ausstossung der Art bewirkt worden, doch die Gefahr noch nicht vorüber ist, weil ja die Ausschwitzung sich von Neuem wiederholt. Die durch die Tracheotomie bewirkte Oeffnung der Luftröhre soll ja nur dazu dienen, den Zutritt der Luft zu den Lungen zu erleichtern und so die Abstossung des Exsudates zu begünstigen, nicht aber, um diesem Exsudate einen neuen Ausweg zu verschaffen. Unter keinen Umständen kann sie bei selbst sehr weitgehendem Exsudate in dem Kehlkopfe, der Luftröhre und deren Aesten Nachtheil bringen. Kann das Leben durch die Operation nicht gerettet werden, so wird es gewiss durch dieselbe verlängert, und wenn auch dieses nicht, so wird es jedenfalls durch sie nicht verkürzt und es würde daraus der Schluss zu ziehen sein:

1) Dass die Tracheotomie in jedem verzweifelten Falle von diphtherischer Ausschwitzung im Kehlkopfe und der Luftröhre vorzunehmen sei, und

2) dass, wenn irgend möglich, sie recht früh gemacht werden müsse, um einen guten Erfolg zu haben."

Diese beiden Sätze sind allerdings nur allgemein gehalten und so viel auch über den Werth der Tracheotomie beim Krup oder vielmehr bei der diphtherischen Ausschwitzung in den Luftwegen geschrieben worden ist, verdient dieser Gegenstand doch immer wieder in Erwägung gezogen zu werden, und wir wollen hier das mittheilen, was Hr. Greenhow darüber angibt.

„Ich kann nicht verhehlen," sagt er, „dass in einer sehr grossen Zahl von Fällen die Operation nicht im Stande gewesen ist, das Leben zu retten. Wir besitzen keine genügende Data, um mit Genauigkeit die Erfolge dieser Operation in England oder auch nur in London schätzen zu können, aber nach meiner eigenen Erfahrung und nach dem, was mir von Anderen mitgetheilt worden, ist der Erfolg ein sehr geringer gewesen; in Frankreich dagegen und auch in Schottland scheint ein viel günstigeres Resultat erlangt zu sein. Im ersteren Lande hat Trousseau in mehr als 200 Fällen von Krup die Tracheotomie gemacht und in einem vollen Viertel guten Erfolg gehabt; Bretonneau hat in 20 Fällen operirt und 6 Erfolge gehabt; Bouchut in 100 Fällen, von denen 45 genasen, und Velpeau in 10 Fällen, von denen 2 gerettet wurden. In Schottland hat Spence in Edinburgh 54 Fälle der Operation unterworfen und 10 Erfolge gehabt und Buchanan in Glasgow 15 Fälle, von welchen 5 Erfolg hatten. Es ist wahr, dass viele von den Fällen in Schottland und von denen in Frankreich nicht epidemischer, sondern sporadischer Krup waren, in denen die Operation weit mehr zu leisten im Stande ist als bei wirklicher Diphtherie, aber wenn wir auch diese Fälle abrechnen, so hat doch Spence in 18 Fällen von wirklicher Diphtherie 7 und Buchanan in 8 solchen Fällen 2 gute Erfolge durch die Operation erlangt, obwohl in allen diesen Fällen zu der Zeit, als die Operation gemacht wurde, der Tod durch Erstickung im Anzuge gewesen war. Man kann wohl sagen, dass, wie Spence selbst bemerkt, solch' ein günstiges Ergebniss der Operation bei wirklicher Diphtherie nicht immer zu erwarten steht, aber die

Thatsache steht doch fest, dass die beiden genannten Aerzte durch die Tracheotomie von 26 mit Diphtherie des Halses behafteten Kindern 9 dem gewissen Tode entzogen haben. Dieser Erfolg macht es meiner Meinung nach jedem Arzte zur Pflicht, die Operation nicht nur in allen einigermaasen passenden Fällen anzurathen, sondern auch darauf zu dringen, in Fällen, die sehr verzweifelt erscheinen, weil sie hier als letztes und doch noch mögliches Rettungsmittel gilt, wobei freilich kaum erwähnt zu werden braucht, dass man die Krankheit bis zu diesem alleräussersten Grade des drohenden Todes nicht kommen lassen dürfe, und dass man auch nach der Operation alle Vorsichtsmassregeln gebrauchen müsse, einen guten Erfolg zu erzielen. Es schliessen sich hieran drei Hauptfragen, nämlich die Frage über die geeigneten Fälle zur Tracheotomie, dann die Frage über die richtige Zeit für dieselbe und endlich die Frage über die nothwendige und passende Nachbehandlung.

Was die erste Frage betrifft, so muss vor allen Dingen festgehalten werden, dass die Tracheotomie keine kurative, sondern nur eine palliative Massregel ist; dass sie nämlich nicht in der Absicht unternommen wird, die Krankheit selbst zu beseitigen, sondern die Vernichtung des Lebens durch ihre lokale Wirkung zu verhüten. Die geeigneten Fälle für die Operation sind demnach alle diejenigen, in welchen die lokale Wirkung der Krankheit das Leben direkt gefährdet und so gelagert sich zeigt, dass die Tracheotomie eine Abhülfe verschaffen könne. Mit anderen Worten wird es also heissen, dass überall da, wo durch das Exsudat das Athmen gehindert ist und wo namentlich der Kehlkopf und die Luftröhre bis zu dem Punkte, wo eine künstliche Oeffnung gemacht werden kann, Kehlkopf und Luftröhre mehr oder minder verstopft ist, die Operation indizirt erscheint. Ergibt uns die physikalische Untersuchung der Brust das Dasein einer Pneumonie oder einer ausgedehnten Bronchitis oder haben wir Grund zu der Annahme, dass die diphtherische Ausschwitzung im ziemlichen Grade bis in die Bronchialäste sich ausgedehnt hat, so erscheint die Operation allerdings nutzlos und sollte nicht unternommen werden. Dabei ist aber zu be-

denken, dass eine Dämpfung des Perkussionstones ohne gleichzeitiges Dasein von feuchtem Rasseln von blossem Kollapsus einer Portion der Lunge herkommen kann und keine Contraindikation der Tracheotomie bildet, weil dieser Kollapsus lediglich die Folge der Obstruktion der Luftwege sein kann, welche vielleicht durch die Operation beseitigt wird. Freilich wird dadurch die Aussicht auf den Erfolg in sehr bedeutendem Grade vermindert, indem durch den Kollapsus der Lunge der Patient verhindert wird, die häutigen oder schleimigen Massen, welche die Luftwege verstopfen, aufzuhusten. Viel trüber sind noch die Aussichten für die Operation, wenn die Ausschwitzung im Halse, welche zur Operation nöthigt, mit Symptomen verbunden ist, die ein allgemeines Ergriffensein deutlich darthun; indessen wird man doch eingestehen müssen, dass, wie schon erwähnt, selbst in diesen verzweifelten Fällen bei androhendem Erstickungstode die Operation nicht unterlassen werden dürfe. Der Tod ist gewiss, wenn die Operation unterbleibt; möglicherweise kann der Tod noch durch die Operation abgewendet werden, wie schon hier und da Beispiele gewonnen sind, und jedenfalls hält die Operation den Tod auf und bringt eine nicht zu unterschätzende Erleichterung.

Was die richtige Zeit für Ausführung der Tracheotomie betrifft, so ist es in England Regel gewesen, diese Operation bis zur androhenden Erstickung zu verschieben und diesem Umstande, glaube ich, ist es beizumessen, dass verhältnissmässig so wenig glückliche Resultate erlangt sind. Meiner Ansicht nach muss man es sich zur Regel machen, in allen denjenigen Fällen von Krup oder diphtherischer Ausschwitzung im Halse, wo es der medizinischen Behandlung nicht gelungen ist, die Krankheit aufzuhalten, und Husten und Dyspnoe immer dringender hervortreten, und besonders, wo ein gewisser Grad von Lividität die mangelhafte Durchlüftung des Blutes bekundet, die Operation nicht weiter zu verschieben. Von welcher Art auch die Gefahren sein mögen, die in den mit ernsten konstitutionellen Symptomen komplizirten Fällen die Operation als letztes Mittel gegen die androhende Erstickung begleiten, so halte ich es doch für gewiss, dass in den

nicht auf diese Weise komplizirten Fällen die günstigen Resultate der Operation in direktem Verhältnisse zu der Frühzeitigkeit stehen, in der sie unternommen wird, weil, je früher sie geschieht, der Kranke desto mehr der Gefahr entgeht, von denjenigen Affektionen der Bronchialzweige und der Lungen heimgesucht zu werden, welche die Folgen des lokalen Hindernisses der Respiration sind.

Von grosser Bedeutung ist die richtige Nachbehandlung nach der Tracheotomie; sie ist eben so wichtig, ja im gewissen Grade noch wichtiger als diese selbst. Hat die Operation den androhenden Tod auch abgewiesen, so verbleibt doch noch die Krankheit selbst. Die Zeit, die durch die Operation gewonnen worden ist, kann und muss benutzt werden, den Kranken durch den Krankheitsprozess zur Genesung zu führen, denn wenn auch die Diphtherie nicht eine so bestimmte Dauer hat, wie andere zymotische Krankheiten, so wickelt sie sich doch mit der Zeit ab und es kann demnach dieses Ziel bei gehöriger Fürsorge auch erreicht werden. Die Nachbehandlung nach der Tracheotomie muss zu diesem Zwecke hinstreben: 1) alle der Respiration entgegentretenden Hindernisse so viel als möglich zu beseitigen; 2) alle katarrhalische Reizung abzuhalten und 3) die Ernährung auf jede mögliche Weise zu unterstützen. Die erste Indikation erfordert nicht nur die strengste Reinhaltung der inneren Kanüle, die mindestens alle zwei Stunden einmal herausgenommen und geklärt werden muss, sondern auch die Entfernung des zähen Schleimes oder der Hautfetzen, welche irgendwie von der Operationswunde aus erreicht werden können, weil diese sonst durch das Einathmen hinabgezogen werden und die Bronchialäste verstopfen können. Jede Ansammlung von Schleim oder von lockeren Hautfetzen unterhalb der gemachten Oeffnung kann allerdings nur durch Husten ausgetrieben werden, aber diese Austreibung kann bisweilen dadurch erleichtert werden, dass der Wärter von Zeit zu Zeit, gleich nachdem der Kranke eine tiefe Einathmung gemacht hat, den Finger in die Oeffnung der Kanüle einschiebt und ihn plötzlich wieder herauszieht, sobald der Reiz zum Husten eingetreten ist. Die Abwehr jeder katarrhalischen Reizung wird dadurch bewirkt, dass der Kranke

vor Einathmung kalter und trockener heisser Luft geschützt wird. Man hat zu diesem Zwecke den Operirten in die Nähe des Ofens oder des Kamines gelagert und sein Bett mit Vorhängen umgeben und zugleich in diesen umhüllten Raum warme Wasserdämpfe eingelassen. Ich bin jedoch der Meinung, dass reine Luft und gehörige Ventilation eben so nothwendig ist, wie feuchtwarme Luft, und ich habe deshalb in der Privatpraxis verschiedene Modifikationen versucht, halte aber das ursprünglich von Trousseau angegebene Verfahren für ganz gut, welches darin besteht, die Mündung der Kanüle mit einer Art Kravatte aus lockerem Musselin zu umgeben, welche das Einathmen nicht verhindert und durch die vom Kranken ausgeathmete Luft immer feucht und warm gehalten wird. In Betracht der Depression, welche die Diphtherie als allgemeine Krankheit mit sich führt, ist es endlich noch von Wichtigkeit, die Kräfte des Kranken durch gute Nahrung, Wein u. s. w. zu unterstützen. Es versteht sich von selbst, dass dem Alter und der Digestionsfähigkeit die zu reichende Nahrung angemessen sein muss. Ich halte die gute Ernährung des Kranken für so wichtig, dass ich, wenn irgend möglich, alle Arznei weglasse, sobald ich finde, dass dadurch die Verdauung irgendwie gestört werden könne. Gute kräftige Fleischbrühe, Eidotter, Milch, dann und wann etwas Wein oder Branntwein, können und müssen schon bald nach der Operation gegeben werden. Zu bemerken ist hier, dass in Folge der so oft bei der Diphtherie eintretenden Paralyse des Gaumensegels in den ersten Tagen nach der Operation die dargereichten Flüssigkeiten beim Niederschlucken durch die Nase und durch die Kanüle nach aussen zu regurgitiren pflegen, und ich halte es daher für rathsam, in dieser Zeit nur breiige oder mit Flüssigkeiten getränkte weiche Nahrungsstoffe nehmen zu lassen."

Zum Schlusse dieser seiner Bemerkungen erzählt Herr Greenhow noch einen Fall, welcher die zweite Form der Diphtherie darstellt, wo die Lebensgefahr nicht in der androhenden Erstickung ihren Grund hatte, sondern in der allgemeinen Krankheit selbst.

W. M., ein Bursche von 15 Jahren, wurde am 29. Dezember 1864 in das Hospital gebracht. Etwa sechs Tage vorher hatte er über Halsweh und Schlingbeschwerden zu klagen begonnen. Sein Appetit verlor sich; er bekam Fieber und wurde so hinfällig, dass er das Bett hüten musste. Bei seiner Aufnahme fand man das Gesicht etwas geröthet und mit angstvollem Ausdrucke; seine Haut war heiss; Puls 94, schwach und wegdrückbar; Zunge in der Mitte dickweisslich belegt, an den Rändern und an der Spitze roth; Urin normal. Die Drüsen an den Winkeln des Unterkiefers geschwollen; das Schlucken sehr beschwerlich; der weiche Gaumen roth und wulstig und bei der Berührung mit dem Spatel leicht blutend; beide Mandeln verdickt und entzündet und auf der rechten ein kleines festsitzendes Exsudat. Ich verordnete ein grosses Kataplasma um den Hals und eine Betupfung der Mandeln und des weichen Gaumens zweimal täglich mit einer Mischung von gleichen Theilen Honig und Tinct. Ferri sesquichlorati. Ausserdem verschrieb ich eine Mischung von 15 Minims Tinct. Ferri sesquichlorati, 5 Minims verdünnter Salzsäure, 5 Gran Kali chlorici und 1 Unze Fenchelwasser, eine solche Dosis einmal alle sechs Stunden zu nehmen; dabei liess ich Milch, Rindfleischbrühe, Eidotter und etwas guten Wein reichen.

Bis zum 30. zeigte sich keine wesentliche Veränderung in dem Zustande des Kranken. Dieselbe Behandlung wurde fortgesetzt, nur dass statt des Kataplasma eine dicke Schicht Watte um den Hals gelegt wurde. An den beiden folgenden Tagen erschien der Knabe etwas besser; er schlief gut und fühlte sich etwas kräftiger; seine Zunge war weniger belegt, die Injektion des weichen Gaumens vermindert, nur die Mandeln blieben dick und erschienen oberflächlich ulzerirt. Die Haut war kühl, das Athmen ruhig und der Knabe bekam Wein, Rindfleischbrühe und andere kräftige Nahrungsmittel von mehr flüssiger Beschaffenheit. Am Abende des zweiten Tages jedoch trat Erbrechen ein, es folgte ein schlechter Schlaf und am nächsten Tage (2. Januar) fühlte sich der Knabe sehr hinfällig. Sein Puls war auf 76 gefallen und sehr schwach. Die Stimme war heiser und etwas näselnd geworden und man bemerkte einen dünnen jauchigen Ausfluss aus

beiden Nasenlöchern. Die Unterkieferdrüsen waren hart, geschwollen und empfindlich, besonders links. Der weiche Gaumen und die Pfeiler desselben sahen wieder stark injizirt und ödematös aus und ein kleines Exsudat von der Grösse einer halben Erbse war auf der linken Mandel zu bemerken. Der Urin reagirte sauer und enthielt etwa $^1/_5$ Albumin. Von Zeit zu Zeit krächzte er, besonders, nachdem er etwas genossen hatte, und stiess dann etwas zähen, blutig gefärbten Schleim aus. Am 3. Januar etwas Nasenbluten, wiederholtes Erbrechen; Exsudatflecke auf der hinteren Wand des Pharynx, Eiweissgehalt des Urines bis auf $^1/_4$ vermehrt.

Am 4. Januar: Weicher Gaumen und die rechte Seite der Rachenhöhle stärker injizirt, der rechte Gaumenpfeiler von einem kleinen Geschwüre durchbohrt; Puls 72, sehr schwach und zusammendrückbar. Während der letzten 24 Stunden ist nur $1^1/_2$ Unze Urin mit starkem Eiweissgehalte entleert worden.

Am 5. Januar: Zunehmendes Sinken der Kräfte; vollständige Unterdrückung des Urines; der Knabe will weder Speise noch Trank nehmen und stirbt am Morgen des 6. Januar.

Bei der Leichenuntersuchung findet man den weichen Gaumen, die Gaumenpfeiler und ferner die Theile an der Basis der Zunge, dem Kehldeckel und die Falten dicht unter demselben sehr ödematös. Die Rachenschleimhaut stark geröthet und auf dem Zapfen ein kleines gelblich-weisses, aber ziemlich dickes und fest ansitzendes Exsudat. Die Mandeln sehr vergrössert und auf ihrer Oberfläche rauh und uneben. Die die Mandeln umgebenden Texturen erschienen infiltrirt, die Mandeln sehr hart, auf ihrer Durchschnittsfläche bräunlichroth und in der Mitte etwas erweicht. Die untere Fläche des Kehldeckels mit einem gelblichen ziemlich fest ansitzenden Exsudate belegt. Die Schleimhaut der Luftröhre war etwas rauh, besonders an ihrem unteren Ende; die der grösseren Bronchen war stark injizirt. Die feineren Bronchialzweige, welche zur rechten Lunge gingen, enthielten ein mässig festes schwarzes Koagulum. Unter der Lungenpleura sah man an beiden Seiten und ebenso auch unterhalb des Herzbeutels an der Basis des Herzens viele kleine Ecchymosen. In den Lun-

gen selbst mehrere scharf begränzte, apoplektische Herde, zwischen welchen das Parenchym sehr stark mit Blut gefüllt war, während es an anderen Stellen knisterte. Die Nieren etwas vergrössert, ihre Rindensubstanz blass, ihre Pyramiden kongestiv. Die Schleimhaut des Magens injizirt und nach unten zu einige Ecchymosen zeigend, sonst aber mit einer dicken, zähen, blutig gestreiften Schleimschicht bedeckt. Auch die Schleimhaut des Dünndarmes geröthet und weiter unten mehrere kleine Ecchymosen zeigend.

In diesem Falle erfolgte also der Tod nicht durch lokale Wirkung der Krankheit, sondern durch die allgemeine Affektion. Diese Blutdyskrasie bekundete sich während des Lebens durch grosse Hinfälligkeit, Mangel an Appetit, Eiweissharnen und Erbrechen, und nach dem Tode durch die Lungenapoplexie, die Ecchymosen und Blutextravasate und Kongestion der Nieren. Ich muss aber ganz besonders darauf aufmerksam machen, dass in diesem Falle der Kranke nicht gerade von einem Tage zum anderen schlechter wurde, sondern dass zwischenein sogar eine Besserung einzutreten schien. Diese scheinbare Besserung fand ich auch in mehreren analogen Fällen, aber auch jedesmal darauf solche Ecchymosen und Blutextravasate in den inneren Organen und auch zugleich Verjauchung der Mandeln. Ich glaube nun, dass diese scheinbare Besserung nicht der Abnahme der Diphtherie beizumessen ist, sondern darauf beruht, dass die lokale Affektion im Inneren des Halses selbst sich verloren hat und dass die Vergiftung des Blutes erst nachher, also sekundär (?) von der lokalen Affektion des Rachens hergekommen ist. Ohne Zweifel waren die Mandeln selbst zur Zeit der scheinbaren Besserung mit dem Exsudate infiltrirt, welches auch zu einer Verjauchung in ihrem Inneren führte und diese dann zu einer Blutvergiftung Anlass gab, die sich durch die allgemeinen Erscheinungen während des Lebens und durch die Merkmale der Blutzersetzung nach dem Tode kundgab.

In manchen Fällen dieser Form von Diphtherie dauert der Zeitraum der Besserung länger und markirt sich mehr, als es bei unseren Patienten geschehen ist, und erweist, wie

mir scheint, noch deutlicher den sekundären Ursprung der ganzen Reihe von allgemeinen Symptomen. Vor einiger Zeit wurde ich von dem Hausarzte einer Familie zu einem kleinen Knaben gerufen, welcher schon seit 12 Tagen an Diphtherie gelitten hatte. Das Kind war munter und fähig, Nahrung zu sich zu nehmen; man bemerkte nur eine sehr geringe Schwellung oder Empfindlichkeit an den Winkeln des Kiefers; die Injektion des Rachens war fast ganz verschwunden, aber die Mandeln hatten ein zerfetztes Ansehen und waren theilweise mit Exsudat bedeckt. Einige Tage blieb der Knabe noch in der Besserung und wir hofften, dass er sich ganz erholen werde, als eines Tages ein geringes Nasenbluten eintrat, Eiweissstoff im Urine sich zeigte, der Rachen sich wieder röthete und einige Purpuraflecke auf den Extremitäten sich zeigten, die mit Erbrechen eines zähen, etwas blutig gestreiften Schleimes begleitet waren; 24 Stunden darauf folgte der Tod. Eine Leichenuntersuchung wurde freilich nicht gemacht, aber aus allen Symptomen und Wahrnehmungen konnte mit Bestimmtheit geschlossen werden, dass dieser Fall zu denen gehörte, welche ich als sekundäre Blutvergiftung bezeichnet habe."

„Ich möchte aber auf keine Weise dahin verstanden werden, dass ich diesen Verlauf mit längerer oder kürzerer Besserungsperiode für den einzigen halte, der die Gefahr eines tödtlichen Ausganges der allgemeinen diphtherischen Affektion setzt; im Gegentheile gab es viele Fälle, wie schon anderweitig dargethan ist, in denen die Pharyngeal- und die allgemeinen Symptome vom ersten Tage an bis zum Ende, also bis zur Genesung oder zum Tode, ohne dazwischentretende Besserung, sich fortsetzten. Ich wollte nur auf diese scheinbare Besserung, die, wie gesagt, nicht selten vorkommt, aufmerksam machen, weil sie so leicht zu einer falschen Prognose oder zu trügerischen Hoffnungen Anlass geben kann.

In Bezug auf die Prognose in Fällen von Diphtherie muss man das mögliche Eintreten der sekundären Symptome immer in Erwägung ziehen, selbst wenn es einige Tage mit dem Kranken ganz gut gegangen zu sein schien, und nach meiner Erfahrung ist das wirkliche Eintreten dieser sekundären Symptome immer sehr übel gewesen, weil in Folge der

Erschöpfung des Kranken durch das primäre Leiden wenig Aussicht ist, dass er durch die Blutvergiftung sich durchkämpfen werde.

Was die lokale Behandlung betrifft, so kann deren Wichtigkeit wirklich nicht hoch genug angeschlagen werden. Viele praktische Aerzte sind für Anwendung kräftiger örtlicher Mittel sehr eingenommen; sie bestreichen die Mandeln mit Höllenstein in Substanz oder bepinseln sie zwei bis drei Mal täglich mit kräftiger Höllensteinauflösung, oder mit Salzsäure, mit chlorsaurem Kali u. s. w. Eine Zeitlang war es Gebrauch, das Exsudat von den Mandeln mechanisch abzureiben und dann erst auf die kranke Fläche modifizirend einzuwirken, und ich glaube, dass dieses etwas rohe Verfahren noch nicht ganz verlassen ist. Wenn man bedenkt, dass die Schleimhaut, selbst in ganz milden Fällen von Diphtherie, entzündet, ödematös, oft empfindlich und bei der geringsten Berührung zum Bluten geneigt ist, und dass in ernsteren Fällen auch die tieferen Texturen mit affizirt sind und das Exsudat nicht bloss oberflächlich, sondern auch interstitiell ist, und endlich, dass entweder Ulzeration oder, wie in unserem Falle, Verjauchung in der Tiefe folgt, so wird man leicht die Nutzlosigkeit und selbst die Schädlichkeit solchen gewaltsamen Verfahrens begreifen. Ich brauche kaum zu sagen, dass in einem Theile, dessen Lebensthätigkeit schon deutlich deprimirt ist, nichts gethan werden dürfe, um den Zersetzungsprozess noch zu befördern; und was das Exsudat betrifft, so halte ich mich nach meiner Erfahrung für überzeugt, dass es schneller wieder nach der Oberfläche geht und dort sich bildet, wenn es einmal künstlich weggenommen ist. Indem ich das Exsudat gewissermassen ebenso ansehe wie etwa einen Schorf auf einer Wunde, bin ich in der Regel sehr vorsichtig, dasselbe zu stören, und halte vielmehr darauf, es zu bewahren, bis es sich von selbst loslöst und abstösst. Allein obwohl ich gegen ein gewaltsam und rauhes örtliches Eingreifen in die Ausschwitzungsstellen warne, habe ich andererseits doch auch von einer milden lokalen Behandlung viel Gutes gesehen. In dem frühen Stadium der Krankheit hat die örtliche Anwendung der Tinct. Ferri sesquichlorati auf die entzündete und

injizirte Flächen eine vortreffliche Wirkung gezeigt, da sie durch ihre styptische Eigenschaft die kleinen Gefässe wahrscheinlich zusammenzieht und weitere Ausschwitzung verhindert. Ich lasse demnach den Rachen zweimal täglich entweder mit der reinen Tinktur oder mit einer Mischung derselben mit Glyzerin oder Honig sanft bepinseln. Ist die entzündete Fläche aber schon dick mit Exsudat belegt, so empfehle ich nur milde Abspülung, und zwar entweder von einfachem lauem Wasser oder von schwachen Auflösungen des chlorsauren Kalis, des Alauns oder des übersalzsauren Eisenoxydes. Es geschieht dieses entweder durch blosses Gurgeln oder mittelst Einspritzung. Bei sehr üblem Geruche aus dem Halse verordne ich eine schwache Auflösung von übermangansaurem Kali oder chlorsaurem Natron.

Im Uebrigen kenne ich kein spezifisches Mittel gegen die Diphtherie; ich habe die schon genannte Tinct. Ferri sesquichlorati auch innerlich in vollen, aber dem Alter angemessenen, Dosen noch als das schätzbarste Mittel kennen gelernt, besonders in Fällen, in welchen bereits Eiweissstoff im Urine sich zeigt, oder in denen der Rachen im Inneren stark geröthet und empfindlich ist. In den milderen Formen der Krankheit, in denen geringe konstitutionelle Störung sich zeigt, ist nach meiner Erfahrung eine Auflösung von chlorsaurem Kali allein, oder mit kleinen Gaben der erwähnten Eisentinktur, sowohl innerlich als auch zum Gurgeln, das beste Mittel. Ich kann allerdings hier für die Behandlung nur allgemeine Winke geben, und in jedem einzelnen Falle muss der Arzt die spezielle Ausführung selbst feststellen.

Ueber Diphtheritis in Norwegen und Schweden.

I. Die Diphtheritisepidemie in Namdalen in Norwegen im Jahre 1860—1861, beschrieben vom Distriktsarzte Dr. Greve*).

Als Arzt am nördlichen Drontheim'schen Amtskrankenhause in Namdalen habe ich Gelegenheit gehabt, eine epide-

*) S. *Norsk Magazin for Laegevidenskaben* Vol. XVI.

misch vorkommende „Diphtheritis faucium“ zu beobachten und mich bei Behandlung derselben zu betheiligen, welche in mehr als einer Hinsicht neue Seiten darbot, so dass eine Beschreibung derselben wohl einiges Interesse gewähren oder wenigstens zur Beleuchtung dieser bei uns im Verhältnisse zu ihrer Häufigkeit selten besprochenen Krankheitsform Einiges beitragen dürfte.

Am 8. November 1860 besuchte ich ein $1^1/_2$ Jahr altes Kind auf einem Gehöfte, Spydnäs genannt, welches auf der nahe am Festlande belegenen Insel Elveland lag. Das Kind war kyanotisch, hatte einen rasselnden Athem und fand sich bei ihm ein spärlicher, gelbweisser Beleg auf den Tonsillen und dem Gaumensegel. Die Respiration war äusserst frequent und über der ganzen vorderen und hinteren Fläche der Brust hörte ich ein starkes Schleimrasseln. Ich hielt den Fall, welcher sich im Verlaufe von 2 bis 3 Tagen ausgebildet gehabt hatte, für eine Diphtheritis faucium mit Bronchitis capillaris komplizirt. Das Kind starb. — Schon am nächsten Tage waren zwei Geschwister desselben erkrankt und zeigte sich bei denselben nach vorangegangenen Fiebererscheinungen ein diphtheritischer Beleg im Halse. Im Ganzen erkrankten auf diesem Gehöfte 6 Geschwister und nun fing die Krankheit erst an, auch an anderen Stellen aufzutreten. Im Anfange hielt sie sich auf den eine Viertelmeile unter dem genannten Gehöfte belegenen Plätzen, deren Bewohner jedoch während der Erkrankungen auf Spydnäs mit diesem Gehöfte im beständigen Verkehre gestanden hatten. An diesen und einigen benachbarten Plätzen, die von jenen durch einen eine Achtelmeile breiten Meeresarm geschieden waren, zeigte sich die Krankheit im November ziemlich bösartig, suchte mit wenigen Ausnahmen sämmtliche Kinder in den angegriffenen Häusern heim, und war es in diesen eine traurige Regel, dass das zuerst ergriffene Kind starb, weil die Krankheit zu spät erkannt und zu spät Hülfe nachgesucht worden war. Am Ende des Dezembers wurde ich selbst angegriffen und in diesem Monate hielt sich die Krankheit auf den Gehöften und Plätzen auf der Insel Elveland und im Umkreise des Krankenhauses, so wie in demselben, in welchem der grösste

Theil der Spedalsken, so wie auch andere Kranke von ihr ergriffen wurden. Am Ende des Dezember hatte ich 28 Kranke angezeigt, von welchen 5 gestorben waren. Im Januar nahm die Zahl der Kranken rasch zu, jedoch erhielt sich die Krankheit auch ferner noch in den dem Krankenhause zunächst belegenen Gehöften, schien aber doch sich langsam und peripherisch weiter auszubreiten. Auf Elveland und auf dem Festlande im Umkreise des Nordsundes, des Blikengfjord, und des Alhuussee's verblieb sie die ganze Zeit über. Zuletzt blieb sie ziemlich fest in ihren Grenzen, so dass die aussen vor dem Festlande belegenen grossen Inseln Otterön und Gyoön, die erste einige Ausnahmen abgerechnet, die zweite fast ganz von der Krankheit verschont blieben. Am Schlusse des Jahres 1861, als die Epidemie ihr Ende erreicht zu haben schien, lieferten Elveland und die nächst angrenzenden Stellen des Festlandes noch immer die meisten Kranken.

Am Ende des Jahres hatte ich 247 Kranke gehabt, von welchen auf den Januar 40 kamen.

Was das Alter anbelangt, so waren 3 unter 1 Jahr, 59 zwischen 1 bis 5 Jahren, 91 zwischen 5 bis 10 Jahren, 41 zwischen 10 und 20 Jahren und 53 älter als 20 Jahre. Im Alter unter 1 Jahr starb keiner, im Alter von 1 bis 5 Jahren starben 15, von 5 bis 10 Jahren 6, von 10 bis 20 Jahren 1 und über 20 Jahr 1, so dass die Gesammtzahl der Gestorbenen 23 oder, nach Prozenten berechnet, 9,3% betrug.

Im Januar 1861 als die Krankenzahl rasch zunahm, erreichte die Epidemie ihren Höhepunkt, worauf sie gleichmässig und sehr langsam abnahm, so dass man erklären konnte, dass sie im ersten Monate von 1862 ihr Ende erreicht habe, jedoch muss bemerkt werden, dass sie noch im März hin und wieder häufiger als unter gewöhnlichen Verhältnissen sich zeigte. Wenn man den langen Verlauf und besonders die langsame Abnahme dieser Epidemie abrechnet, so zeigte sie sich in ihrem allgemeinen Verlaufe wie andere Epidemieen.

Bevor ich es versuche, eine Beschreibung der Krankheit, ihrer Variationen, Komplikationen und Nachkrankheiten zu liefern, will ich mir erlauben, auf eine eigenthümliche, stark

ausgeprägte Krankheitskonstitution aufmerksam zu machen, welche der Epidemie vorausging und sich wieder nach derselben zeigte.

In meinem Medizinalberichte von 1860 sprach ich mich über die Krankheitskonstitution folgendermassen aus: „Soferne man aus so geringen Zahlengrössen einen Schluss ziehen kann, scheint es, als wenn die Krankheitskonstitution in den 6 ersten Monaten ihren entzündlichen Charakter beibehielt, dass sie später im Sommer durch eine gastrische in eine mehr spezifische Konstitution überging, welche ihren Ausdruck in den zahlreichen erysipelatösen und phlegmonösen Entzündungen und späterhin in der epidemischen Angina diphtheritica fand."

Diese in den Monaten August, September und Oktober auftretenden erysipelatösen und phlegmonösen Entzündungen zeigten sich zwar auch ausserhalb des Krankenhauses häufig, traten aber am deutlichsten in demselben auf, indem alle Spedalske, mit Ausnahme von zweien, die an der anästhetischen Form litten, davon ergriffen wurden, und war ein grosser Theil der übrigen Kranken wegen dergleichen Krankheiten ins Krankenhaus gekommen. Im Krankenhause zeigte sich diese Entzündung meistentheils als Erysipelas faciei, ausserhalb desselben kam aber meistens die phlegmonöse Form vor, welche häufig die unteren Extremitäten einnahm. — Dieser epidemische Erysipelas hörte beim Ausbruche der Diphtheritisepidemie auf und zeigte sich erst wieder in Verbindung mit einer Masernepidemie, als die Diphtheritis im Herbste abnahm. Es kamen dann aber nicht viele und so schlimme Fälle wie früher vor. Dass diese beiden Krankheitsformen in ihrem Auftreten auf Kutis und Schleimhaut auf denselben oder nahestehenden epidemischen Kausalverhältnissen beruhten, ist mir höchst wahrscheinlich. Einen Beweis dafür vermag ich freilich nicht anzuführen, allein wenn meine meteorologischen Beobachtungen in der letzten Hälfte von 1860 und im ganzen Jahre 1861 einen auffallend hohen Barometerstand und niedrige Temperatur, die sehr warmen Monate Juli und August, so wie die während des Herbstes uud Winters fast beständig wehenden Ostwinde nachwiesen, so können dieselben, wenn viel-

leicht anderswo ähnliche Beobachtungen gewonnen sind, dazu beitragen, die verborgenen ätiologischen Verhältnisse, welche sich geltend gemacht haben, einigermassen aufzuklären. Als ganz lokale prädisponirende ursächliche Momente trugen zur Entstehung der Krankheit schlecht gelüftete und dunkle Häuser, welche auf einem schlecht abgegrabenen Terrain belegen und von solchem umgeben waren, so wie das enge Zusammenwohnen vieler Menschen zur Entstehung und Verschlimmerung der Krankheit bei. Ebenso habe ich Grund anzunehmen, dass schlechte Nahrungsmittel und Unreinlichkeit, besonders aber kalte und nasse Füsse und plötzliches Uebergehen von der Wärme in die Kälte, für den einzelnen Fall als ursächliche Momente wirkten. Es gab einen Thalstrich und einen schmalen und kurzen Strich Landes an einer Bay, woselbst die Krankheit bei den Meisten der vielen Kranken einen auffallend und ungewöhnlich bösartigen Charakter zeigte, ohne dass sich daselbst andere besondere Verhältnisse finden liessen, als dass beide eine solche Lage hatten, um den Ostwinden ganz besonders ausgesetzt zu sein. Auf Gehöften, die diesen Stellen ganz nahe lagen, aber gegen den Ostwind geschützt waren, zeigte sich die Krankheit bei den wenigen, die davon ergriffen waren, viel milder. In den genannten beiden Strichen erhielt sich die Krankheit während der ganzen Zeit und kamen daselbst zahlreiche Rezidive vor.

Das Vorbotenstadium war nur von kurzer Dauer und bestand aus allgemeinem Unwohlsein, wiederholten Frostschauern mit Hitze und etwas Durst, ab und zu war Kopfschmerz vorhanden, der Puls war mässig frequent, exazerbirte gegen Abend, und gleich darauf oder nach einigen Stunden stellten sich Schmerz im Halse und Anschwellung der Tonsillen, des Gaumensegels und des Zapfens ein, welche rasch mit einer gleichmässig ausgebreiteten dunklen Röthung zunahmen; der Urin wurde sparsam; die Kutis rein und trocken. Schon nach wenigen, spätestens nach 24 Stunden zeigte sich der charakteristische Beleg auf oder hinter den Tonsillen mehr oder weniger begrenzt, weiss oder hellgelb. Die erwähnten Fieberbewegungen legten sich gewöhnlich nach dem ersten Tage; der Puls wurde beständig langsamer, aber wohl

voll. Die Zunge wurde belegt; oft stellte sich Erbrechen, seltener Durchfall, ein. Der Kopfschmerz dauerte mit Ohrensausen und Neigung zum Schlafe fort. Der Beleg breitete sich mehr oder weniger schnell nach allen Seiten hin aus, meistentheils jedoch nach hinten und unten. Die Epiglottis erschien wohl roth und etwas geschwollen, hatte aber niemals einen Beleg. Das Schlingen war im Verhältnisse zur Grösse der Geschwulst behindert, oft unmöglich. Die äusserliche Geschwulst nahm besonders aussen an den Tonsillen zu; seltener zeigte sich eine Geschwulst der Parotiden und Submaxillardrüsen. Der Urin war saturirt, seltener zeigte er bei der Untersuchung einen Eiweissgehalt. Die Haut war warm und feucht. Nach 3 bis 4 Tagen trat gern eine Krisis unter Schweiss und reichlichem Harnabgange ein oder es ging die Krankheit ohne eine solche rasch in Besserung über. In beiden Fällen hörte die Ausbreitung des Beleges auf; derselbe begrenzte sich und wurde im Verlaufe von 6 bis 14 Tagen lappenweise abgestossen, und erschien die Schleimhaut dann entweder heil oder wie eine zuheilende Wunde, ab und zu mit etwas Substanzverlust. Röthe und Geschwulst nahmen ab und machte die Rekonvaleszenz in Zeit von 1 bis 2 Wochen rasche Fortschritte. Dieses war die gelindere Form und der mildere Verlauf der Krankheit, die durch einen sie begleitenden Katarrh oft beschwerlicher gemacht wurde.

Wenn keine Besserung im Verlaufe des 3. bis 7. Tages eintrat, so zeigte sich eine wesentliche Veränderung in der Symptomengruppe, die sich durch stark zunehmende Mattigkeit, drückenden Kopfschmerz, Somnolenz mit Unruhe abwechselnd, Oppression in der Brust und zunehmende Uebelkeit charakterisirte. Der Blick wurde bald sehr matt, die Haut wurde gelblich gefärbt, war aber stets etwas feucht. Der Urin wurde sparsam und trübe, der Puls gross und langsam, bei Kindern frequent und klein. Es stellte sich Husten anfänglich ohne Auswurf ein; ab und zu hatte der Kranke Stiche in der Brust, welche bei Erwachsenen keine anderen physikalischen Zeichen darbot als ein sehr spärliches, grobes Schleimrasseln und eine ungleichmässige Respiration. Bei Kindern hingegen hörte man ein reichlicheres Schleimrasseln

und eine pfeifende, im Larynx und in den Bronchien forçirte Respiration, welche bei diesen bald kurz und frequent und während des Schlafes stets schnarchend wurde. Der Beleg nahm an Dicke und Ausbreitung zu, wurde mehr dunkel gefärbt, grünlich, wurde abgestossen und erneuerte sich wieder, es wurden öfters nekrotisirte Stücke der Schleimhaut abgestossen, und wurde diese dunkler und blutete leicht*); die Zunge wurde dicker, trocken, mit Krusten bedeckt; aus der Nase floss eine stinkende grünliche Flüssigkeit. Das Sprechen und Schlingen wurden beschwerlicher; der Husten nahm rasch zu (bei Kindern unter Dyspnoe und kyanotischer Färbung), und wurde damit eine Menge von salziger, seröser Flüssigkeit, die schäumte und mit zähen Stücken und Lamellen des diphtheritischen Beleges, die oft röhrenförmig zusammenhingen, vermischt war, ausgeworfen. Die Zellenrespiration wurde namentlich bei Kindern schwächer; der Puls mässig frequent, aber stets schwach.

Bei diesem Allen fühlte der Kranke selten andere Schmerzen als die, welche durch die Geschwulst und beim Husten, Sprechen und Schlingen entstanden; gemeiniglich wurde nur über eine drückende Empfindung in der Brust geklagt. In diesem Stadium war der Kranke stets ruhig; bei Erwachsenen nur fand sich ein Vorgefühl des Todes, welches mir auffallend war. Kinder starben meistens süffokativ; sonst pflegte der Tod sich ganz allmählig als eine Erschöpfung der Lebenskraft einzufinden, indem das Bewusstsein bis zuletzt vorhanden blieb; oft trat er aber auch ganz plötzlich ein, ohne dass die Angehörigen etwas davon merkten.

Wenn die Krankheit in diesem Stadium in Genesung überging, so geschah solches unter zunehmendem Auswerfen des Beleges und rascher Lösung desselben im Halse. Auf der Haut bemerkte man oft erythematöse, papulöse oder vesikulös-pustulöse Ausschläge; die letzteren zeigten sich oft als ein Ekthym, in welchem Falle der Ausgang auch wohl tödtlich war. Sehr häufig beobachtete man Furunkeln und mehr

*) Zwei Kinder sollen nach den eingelaufenen Berichten an Blutungen aus Mund und Nase gestorben sein.

diffuse Zellgewebsentzündungen am und um den Hals, in der Achselhöhle und an den Schultern; diese so wie Panaritien zeigten sich jedoch mehr als Nachkrankheiten. Der Puls wurde voller, die Haut wärmer und schwitzend. Die Rekonvaleszenz erfolgte immer sehr langsam und wurde oft durch Nachkrankheiten unterbrochen und gefährdet.

Als merkwürdige Abweichungen in diesem Verlaufe mögen folgende kurze Krankheitsgeschichten angeführt werden:

1) Ein 9 Jahre alter Knabe litt an einer heftigen diphtheritischen Halskrankheit. Es waren alle Zeichen einer reichlichen Ausschwitzung in den Bronchien bei ihm vorhanden, ohne dass er jedoch in Gefahr der Erstickung zu sein schien. Dennoch starb er ziemlich unerwartet und ganz plötzlich. — Bei der Leichenöffnung fand sich ein papierdicker, fester diphtheritischer Beleg in der Trachea und in den Bronchien; die feineren Bronchialäste waren mit Schleim angefüllt; die Lungen erschienen bleich. In der Pulmonararterie fand sich ein grosser Pfropf, welcher mit einem spitzen Ende in die Herzkammer, mit dem anderen Ende gegen die Theilung hin ragte. Dieser Thrombus sass lose und war augenscheinlich vom Herzen hineingebracht; es war fest und in der Mitte heller.

Ein anderer Kranker, ein Bursche von 16 Jahren, hatte einen dicken und weit ausgedehnten diphtheritischen Beleg, welcher sich bis in den Kehlkopf erstreckte. Er hustete eine reichliche Menge einer salzig schmeckenden, serösen Flüssigkeit, in welcher sich mitunter röhrenförmige, papierdicke Lamellen befanden, aus. Der Athem war etwas frequent, aber nicht schmerzhaft; das Allgemeinbefinden war, mit Ausnahme der Mattigkeit und Schwere im Körper, leidlich. Das Gesicht erschien bleich und gedunsen. Am 4. Tage der Krankheit starb er plötzlich unter roth-blauer Färbung des Gesichtes und unter Nasenbluten. Da der Kranke weit von mir entfernt wohnte, so war es mir nicht möglich, die Leichenöffnung zu machen, jedoch ist wohl anzunehmen, dass auch hier eine ähnliche Todesursache wie im vorigen Falle vorhanden gewesen sein wird.

Als andere Variationen in dem oben erwähnten allge-

meinen Krankheitsbilde will ich noch anführen: plötzlich entstehende Schmerzen im Halse und gleichzeitig beobachteter Beleg ohne irgend welche Spur von einem Allgemeinleiden. In diesen Fällen, welche nicht selten waren, schwanden der Beleg und die Geschwulst nach und nach bei der Anwendung von Höllenstein und adstringirenden Gurgelwassern. Nicht selten waren in dergleichen Fällen die Schmerzen im Halse neuralgischer Art und standen in keinem Verhältnisse zur Geschwulst und zum Belege.

In anderen Fällen nahm die Krankheit eine mehr chronische Form an; das Allgemeinbefinden war dabei wenig angegriffen; der Beleg bildete sich immer wieder oder aber zeigte sich wieder nach einer in jeder Hinsicht eben überstandenen, sehr heftigen Angina diphtherica, verschwand durch das Aetzen, entstand aber Wochen und Monate lang von Neuem, bevor er ganz aufhörte. Hierbei kehrten die Kräfte des Kranken nicht wieder und zog sich die Rekonvaleszenz lange hin. In einem Falle war die Diphtheritis bei einem jungen Kinde mit Krup komplizirt.

Unter den Komplikationen war die mit Bronchitis am häufigsten und manche Kranke erlagen derselben, welche in den meisten Fällen wohl mit einer diphtheritischen Ausschwitzung in den feineren Bronchialästen verbunden sein mochte. Eine Stasis in den unteren, hinteren Lungenpartieen wurde in einigen gefährlichen Fällen beobachtet; eine aktive Pneumonie wurde jedoch nicht wahrgenommen. Ein rasch entstandenes Lungenödem musste in zwei Fällen als Todesursache angenommen werden.

Zu den Nachkrankheiten gehörten Exantheme wie Erytheme, Papeln, Bläschen, Pemphigus, Pusteln, die ab und zu in den heftigeren Fällen gegen Ende der Krankheit auftraten und bisweilen wohl nicht ohne kritische Bedeutung waren; ferner Furunkeln, welche gewöhnlicher und oft gross waren und sich lange Zeit hinhielten. Drittens zeigten sich Panaritien, welche ebenfalls häufig vorkamen, am häufigsten bei Kindern, bei denen sie oft mehrere Finger auf ein Mal einnahmen. Viertens Abszesse: theils kalte, theils in den Drüsen, die ihren Sitz am Halse und in der Achselhöhle hat-

ten. Unter diesen Umständen ging die Rekonvaleszenz sehr langsam von Statten. Fünftens kam Phlegmone vor, und zwar dreimal am Halse; in einem Falle, welcher einen tödtlichen Ausgang hatte, mit Pyämie. Sechstens Paralysen; diese waren die häufigsten und wichtigsten Nachkrankheiten. Von der ganzen Krankenzahl litten 24 daran. Die Lähmung, welche am häufigsten paresisch war, nahm die Muskulatur des Rachens 17 mal, die des Rachens und Larynx 2 mal, des Antlitzes und Rachens 2mal; den Rachen, Larynx und die unteren Extremitäten 2 mal; den Rachen, Larynx, die oberen und unteren Extremitäten 1 mal ein. — Gegen äussere Reizung zeigten die gelähmten Muskeln keine Reaktion, jedoch wirkte die Elektrizität, wenn auch schwächer, als im normalen Zustande, und im Verhältnisse zur Intensität der Lähmung auf dieselben ein. — In einem Falle war eine vorübergehende Hyperästhesie in den ergriffenen unteren Extremitäten; selten war das Gefühl geschwächt; in einem Falle schmeckte der Kranke scharfe Dinge weniger deutlich als sonst und war bei demselben auch das Gefühl in den Partieen des Rachens sehr herabgestimmt. Die Schleimhaut erschien unter solchen Umständen bleich, die Muskulatur war schlaff und in einem Falle waren die ergriffenen unteren Extremitäten ödematös. In den bedeutenderen Fällen liessen sich die Zeichen dieser Lähmung immer wahrnehmen, indem das geschwächte Gaumensegel während des Schlafes ein starkes Schnarchen hervorrief und auch die Speisen nur mit Schwierigkeit verschluckt werden konnten, wovon nur die Lähmung und Geschwulst im Rachen als Ursachen angenommen werden konnten. Solche Erscheinungen konnte man schon im zweiten Stadium der Krankheit deutlich wahrnehmen; dieselben traten aber erst nach dem Verschwinden des Beleges, oftmals erst spät während der Rekonvaleszenz, mehr ausgebildet auf. — Alle Fälle von Lähmungen wurden durch Anwendung von Tonicis und kräftiger Nahrung, von stärkenden Bädern mit kalter Douche und durch die Elektrizität geheilt.

Als Nachkrankheit, welche der Lähmung wohl nahe steht, will ich nur einige Fälle von hartnäckiger Neuralgie erwähnen, die ihren Sitz im Halse und in der Brust hatte und

sich auch als Kardialgie äusserte. Diese schienen am sichersten durch den Gebrauch von Arsenik gehoben werden zu können.

Was die Behandlung der Diphtheritis selbst anbelangt, so begann dieselbe, wenn die Krankheit nicht von leichter Art war, mit einem Brechmittel, welches aber nothwendig wurde, wenn die Krankheit länger als zwei Tage vorhanden gewesen war, oder aber mit einer Laxanz aus Kalomel. Der Kranke musste sich ruhig im warmen Bette halten und einen bitteren Thee trinken. Oder es wurde eine Chlorkalilösung (2 Drachmen auf 8 Unzen) angewendet, von welcher Erwachsenen stündlich oder zweistündlich einen Esslöffel, Kinder aber einen Theelöffel voll nahmen. Wo es nothwendig war, wurde später in der Krankheit Aether oder Liquor antispasticus verordnet. Aeusserlich wurde grüne Seife oder häufiger Linimentum resolvens als Einreibung angewendet.

Das Aetzen wurde möglichst bald vorgenommen und dazu Höllenstein, Jodtinktur oder konzentrirte Salzsäure mit Honig genommen, indem mir der Liquor Ferri sesquichlorati zu schwach dazu zu sein schien. Mit dem Höllensteine wurde in den ersten Tagen täglich 1mal, mit der Jodtinktur und der Säure 2- und 3mal geätzt, und hielt ich das Letztere für eben so zweckmässig, ja für besser und weniger gefährlich, wo ich es mit unwissenden und ungeschickten Menschen zu thun hatte oder wo die Kinder sich sehr unruhig und widerspenstig erwiesen. Die Mischung der Säure mit Honig wurde dann in reichlicher Menge über den ganzen Rachen gestrichen. In einem ganz verzweifelten Falle wurde der Kranke durch häufiges Pinseln mit Jodtinktur und durch die innerliche Anwendung derselben in einer Dosis von 4 Tropfen stündlich in einer schleimigen Mixtur gegeben, gerettet. Die Anwendung von Leberthran milderte den Schmerz in der Krankheit selbst und nach dem Pinseln.

Ich habe erfahren, dass der Gebrauch des Tart. stibiatus in kleinen Dosen gefährlich sei; der Gebrauch des Kalomels war allerdings besser, lieferte aber auch keine guten Resultate. Für das beste Mittel halte ich das chlorsaure Kali, welches, wenn es auch kein Specificum ist, doch augenscheinlich eine gute Wirkung auf den Krankheitsprozess ausübt; neben die-

sem Mittel sind passende Inzitantien und später Tonica anzuwenden. Wo die Ursache der Krankheit eine Erkältung war, zeigten schweisstreibende Mittel eine gute Wirkung. Zur Prophylaxis wurde bei Erwachsenen das Gurgeln mit Essig und kaltem Wasser, bei Kindern Thran angewendet.

Ich erlaube mir nun auch einige Bemerkungen über diese Krankheit und über das, was ich von Anderen über dieselbe angeführt gefunden habe, hinzuzufügen. Die für mich zugängliche Literatur ist in dieser Hinsicht nur gering. — Von der Epidemie im Jahre 1847 bis 1848 habe ich die Beschreibung des Dr. Roll in Drontheim, des Dr. Dietrichson in Skogen, des Dr. Raabe auf Toten und des Dr. Jebe im Inneren Namdalen durchgelesen. Diese Berichte variiren unter sich in manchen Stücken und noch mehr gegen meine Beobachtung und gegen die Ansicht über die Krankheit, welche sie begründet hat. —

Roll bezieht sich vorzüglich auf Canstatt's Beschreibung der Krankheit und ist geneigt, dieselbe zu den typhösen Krankheiten zu zählen, während die anderen drei Aerzte sie für eine entschieden entzündliche Krankheit halten. — In den von Albers herausgegebenen Vorlesungen von Berends findet sich im 3. Bande eine Eintheilung der Krankheit in hyperesthenische und asthenische Form. Obschon dieser Schriftsteller die Krankheit als „Angina putrida maligna nervosa" abhandelt, so ist doch wohl anzunehmen, dass dieselbe unserer Diphtheritis faucium entspricht, dass jene nur durch die Zeit modifizirt worden ist und nun, wie so manche epidemische Krankheitsformen, unter einer milderen und veränderten Form auftritt. Die Eintheilung von Berends kommt meiner Erfahrung nach der Wahrheit nahe, nur halte ich die letzte Form für eine durch Resorption entstandene Entwickelung aus der ersten, für das zweite Stadium der Krankheit, welches vielleicht in der grössten Anzahl von Fällen sich entwickeln wird, wenn nicht die Natur oder Kunsthülfe demselben vorbeugt. — Roll fand, dass, wenn die Krankheit nach dem 4. oder 5. Tage der Luftröhre sich näherte, alle Symptome des Krups (Strubehusten) eintraten und Dietrichson hielt sie für ganz analog mit dem

Krup. Der Husten ist aber nicht vom Anfange an bei der Diphtheritis vorhanden, scheint mir auch nicht so rauh und klingend wie im Krup zu sein; das Fieber war nicht so anhaltend (gehörte zum Vorbotenstadium) und waren keine Remissionen oder Intermissionen vorhanden, und ist meiner Meinung nach der Unterschied zwischen diesen Krankheitsformen im Ganzen gross. — Die Beschaffenheit des Beleges ist verschieden, oberflächlich im Krup, in welchem er ohne Substanzverlust abgestossen und selten erneuert wird, während er in der Diphtheritis die ganze Dicke der Schleimhaut einnimmt und oft Atrophie und Substanzverlust hervorbringt. Beim Krup fängt er immer im Larynx, bei der Diphtheritis aber immer im Rachen an; im Krup breitet er sich beständig vom Larynx aus auf den Rachen, die Trachea und Bronchien aus; bei der Diphtheritis entwickelt er sich gleichzeitig über einen grossen Theil der Schleimhaut der Respirationsorgane, wenn er hier auftritt, und dringt sofort bis in die feinsten Verzweigungen der Bronchien, wie Dietrichson und ich Solches bei Leichenöffnungen gefunden haben. — Wenn Dr. Jebe glaubt, in selteneren Fällen gesehen zu haben, dass die Diphtheritis zuerst im Larynx und in der Trachea entstanden sei, so muss ich annehmen, dass sich entweder der Beleg schnell im Rachen abgelöst hatte oder daselbst übersehen wurde, denn ich selbst habe dergleichen Fälle niemals gesehen. Wenn derselbe Arzt im Vorläuferstadium längere Zeit hindurch über flüchtige Schmerzen im Halse klagen hörte, so ist Solches auch oft bei meinen Kranken der Fall gewesen, allein nur äusserst selten bekamen solche Personen nachher Diphtheritis; bei den meisten war es eine unter solchen Verhältnissen leicht erklärliche Hypochondrie, welche bei ihnen ein solches Gefühl aufkommen liess. Jedenfalls glaube ich, dass die Krankheit kein so langes Vorbotenstadium hat, wie Jebe angibt. — Dr. Roll hat niemals gefunden, dass die Krankheit Rezidive machte; ich habe dieses öfters beobachtet und ich selbst habe die Krankheit zweimal gehabt. — Wenn derselbe Arzt erwähnt, dass der Dr. Munch in Skien eine Epidemie von „Diphtheritis faucium“ beschrieben habe, in welcher ein Lungenbrand

die Kranken tödtete, so können es vielleicht zurückgebliebene und halbfaule Sputa und diphtheritischer Beleg gewesen sein, welche ausgehustet wurden, was ich auch ab und zu bei meinen Kranken beobachtete. Einen wirklichen Lungenbrand beobachtete ich ebensowenig wie eine Pneumonie. — In seinem Berichte sagt Dr. Roll: „eine andere eben so gefährliche Ausbreitung war die auf den Magen, welche ich dreimal bei Leichenöffnungen von Kindern, und zwar bei zwei von diesen ohne, bei dem dritten aber mit gleichzeitiger Affektion der Respirationsorgane beobachtet habe.“ Dr. Jebe erwähnt, dass er keine solche Ausbreitung auf den Magen gesehen habe, und ich habe dieselbe auch nicht beobachtet. — Da Roll's Beobachtungen aber auf dem Leichenbefunde beruhen, so mag dasselbe wirklich seine Richtigkeit haben, soferne es nicht möglicherweise verschluckte diphtheritische Membranen gewesen sind, welche er an der Wand des Magens, scheinbar sie auskleidend, gesehen hat, was allerdings denkbar ist, weil er diese Beobachtungen nur an Kindern machte, welche bekanntlich die Sputa gewöhnlich verschlucken. Wenn es eine einfache Ausbreitung des Ausschwitzungsprozesses nach unten hin gewesen wäre, so hätte sich auch wohl im Oesophagus ein Beleg finden müssen, wovon Dr. Roll aber nichts anführt.

Es scheint mir auch, als wenn eine solche Fortpflanzung durch den Oesophagus auf den Magen von sehr hervorstechenden Symptomen begleitet sein müsste, welche wohl nicht leicht übersehen werden könnten. — Dass übrigens bei der Diphtheritis faucium eine diphtheritische Ausschwitzung auch auf jeder anderen Schleimhaut, gleichwie auf Wundflächen bei den Kranken stattfinden könne, kann ich nach der Meinung, die ich mir über das Wesen der Krankheit in ihrem ausgebildeten Stadium gebildet habe, wohl für wahrscheinlich halten; allein die Erfahrung aus der in Rede stehenden Epidemie scheint anzudeuten, dass der Darmkanal verschont bleibt.

Der wesentlichste Unterschied zwischen allen den früheren Beobachtungen und denen, die während dieser Epidemie gemacht sind, besteht in den Folgekrankheiten, wovon keine

als wirklich beobachtet angeführt wird; nur einer von den genannten Aerzten erwähnt, dass Herpes labialis während der Diphtheritis vorgekommen sei.

Was die Behandlung anbelangt, so ist die lokale zu ihrem Rechte gelangt, und in dieser Hinsicht findet unter den Beobachtungen weit weniger Unterschied Statt. Es könnte nur, wenn die Krankheit, wie Dietrichson Solches gethan hat, für rein entzündlich gehalten wird, zu einer mehr antiphlogistischen Behandlung Anlass gegeben werden als dieselbe meiner Erfahrung nach verträgt, und wenn die Krankheit ihr zweites Stadium erreicht hat, so muss eine solche Behandlungsweise ganz an der unrechten Stelle sein. Von Aetzung des Larynx und der Trachea und der Tracheotomie kann hier meiner Ansicht nach keine Rede sein, wie beim Krup. —

In Raabe's Bericht finde ich, dass die von demselben beobachtete Epidemie dieselbe scharfe Begrenzung hatte, wie die von mir beobachtete. Von einigen der genannten Aerzte wird auch der Einfluss der Witterung erwähnt und Dr. Roll nennt auch als ein mögliches ursächliches Moment Ostwind und trockene Luft. Uebrigens sind Alle darin einig, dass die Krankheit durch ein Miasma verbreitet wird.

Was die Nachkrankheiten anbelangt, so sind die Paralysen in der letzten Zeit unter Anderen auch vom Dr. Sée in der *„Union médicale"* abgehandelt worden. Als charakteristisch für diese Paralysen führt er ihren regelmässigen Verlauf auf, indem die Partieen in folgender Ordnung ergriffen werden: 1) das Gaumensegel, 2) das Auge, 3) die unteren Extremitäten, 4) die oberen Extremitäten und zuletzt 5) der Rumpf und die Respirationsmuskeln. — Als Vorboten gibt er Anästhesie oder Analgieen, selten Hyperästhesie, ausserdem Ameisenkriechen und Steifheit an. Die Anästhesieen sollen sich nach ihm auf das Ellbogen- und Kniegelenk beschränken und den Peripherieen zunächst am deutlichsten ausgesprochen sein. Er stellt folgende Schlussfolgerungen auf: 1) die Diphtheritis wird häufig von Paralysen oben erwähnter Art begleitet; 2) in gewissen Epidemieen kann der vierte Theil oder die Hälfte der Erkrankten Paralysen bekommen; 3) die Paralysen sind ebensowenig wie eiweisshaltiger Urin

von dem Grade oder Sitze der primären Krankheit abhängig; 4) auch nach einer einfachen Angina und nach anderen akuten Entzündungen nach Fieber können progressive Paralysen sich einfinden, welche jedoch selten und nicht charakteristische sind.

Nach den hier von mir beobachteten Fällen kann ich durchaus nicht die Richtigkeit der für die Paralysen nach Diphtheritis angeführten charakteristischen Symptome verneinen, kann sie aber auch nicht unbedingt unterschreiben. — Was die Vorboten anbelangt, so bestanden dieselben öfter in Ameisenkriechen in den ergriffenen Partieen und oft auch in Anästhesie, allein keinenfalls beständig. So war dieses unter 3, die am stärksten ergriffen waren, nur bei Einem der Fall gewesen, allein bei dieser Kranken war auch jene Begränzung vorhanden, die diesen Paralysen eigenthümlich sein dürfte. Bei den beiden Anderen wurde keine Anästhesie bemerkt. — Der Verlauf war auch nicht ganz derselbe. Hierfür kann ich keine bestimmte Regel aufstellen; das Sehvermögen war, wie ich früher zeigte, selten ergriffen, öfters der Larynx. Das einzige charakteristische Symptom, welches bei diesen Paralysen gewiss ist, besteht meiner Erfahrung nach darin, dass die Muskeln des Rachens davon zuerst ergriffen werden. Hierbei kann es nun sein Verbleiben haben, oder aber kann die Lähmung sich noch auf andere Muskelgruppen werfen. Sie ist peripherisch und scheint es, dass sie ihre Erklärung darin finden muss, dass sie durch eine allgemeine Infektion des Blutes verursacht wird, oder eine Paralysis cachectica ist*). — Landry und verschiedene Andere haben von einer Paralysis ascendens acuta nach schwächenden Krankheiten und Kuren geschrieben, womit die Paralysen nach Diphtheritis viele Aehnlichkeit haben. — Was die Schlussfolgerungen in Betreff der Paralysen anbelangt, so stimme ich übrigens mit Sée überein. Nur was Nr. 3 anbelangt so habe ich dasselbe in Betreff des Albumins

*) Gubler rechnet dieselbe zu seinen asthenischen, konsekutiven Paralysen, ähnlich der, welche auch aus deren schwächenden akuten Krankheiten entsteht.

wohl bemerkt, während ich die Paralysen nur nach einer stärkeren Diphtheritis, nämlich einer solchen, die das zweite Stadium erreicht hatte, entstehen sah.

Die Erfahrungen, welche ich in dieser kleinen Epidemie der Diphtheritis faucium gemacht habe, haben mich zu folgenden Schlussfolgerungen geführt: Die Diphtheritis faucium ist eine epidemisch-miasmatische Krankheit, welche durch trockene Luft, östliche Winde und hohen Barometerstand begünstigt zu werden scheint. Dieselbe kann mit einer auffallend scharfen lokalen Begrenzung auftreten. Sie hat ihren Höhepunkt; selten ergreift sie Kinder unter einem Jahre; Kinder zwischen 1 bis 10 Jahren sind derselben am meisten ausgesetzt und unter diesen wieder am meisten die zwischen 5 und 10 Jahren. Später mindert sich die Zahl der Erkrankten mit dem zunehmenden Alter. Die Sterblichkeit beträgt, wenn die Krankheit behandelt wird, etwa 10 Prozent; am grössten ist dieselbe in der Altersklasse von 1 bis 5 Jahren. — Die Krankheit ist eine spezifische Schleimhautentzündung mit einem charakteristischen, rasch sich reproduzirenden fibrinösen Exsudate*), welche stets lokal im Rachen beginnt und eine Tendenz zur Ausbreitung hat. Nach dem 3. bis 7. Tage findet eine Resorption statt und von dieser Zeit an kann das Exsudat von jedweder Schleimhaut abgesondert werden. Als Todesursache sind zu betrachten: allgemeine Blutinfektion; Suffokation durch Exsudat im Larynx (seltener) und durch Lungenödem; Koagulationen im kleinen Kreislaufe und endlich Komplikationen, wie Bronchitis. — Die Behandlung ist von grosser Wichtigkeit; eine kräftige örtliche Behandlung im ersten Stadium (am 1. bis 2. Tage) koupirt in den meisten Fällen die Krankheit. Die Prognose ist im ersten Stadium bei der eben erwähnten Behandlung gut; im zweiten Stadium aber äusserst schlecht. — Bei einer Epidemie dieser

*) Ein kürzlich im Krankenhause behandelter Fall schien zu ergeben, dass die Infiltration nicht bloss durch die ganze Dicke der Schleimhaut hindurchgeht, sondern sich auch auf das submuköse Zellgewebe und die Muskelmasse erstreckt, welche ganz nekrotisiren kann.

Krankheit werden daher die Mortalitätsprozente wesentlich in einem Verhältnisse zu der Gelegenheit, die sich für zeitige ärztliche Hilfe darbietet, und der Neigung des Volkes, solche nachzusuchen, stehen. — Die Krankheit kann rezidiviren und chronisch werden. Als charakteristische Nachkrankheiten sind mancherlei Hautausschläge und Paralysen zu betrachten.

Während einer Epidemie dürfte es sehr zweckmässig sein, wenn man verständigen Personen in der lokalen Behandlung des Uebels Unterricht ertheilte, indem eine solche zeitig angewendete lokale Behandlung das Mortalitätsprozent sehr vermindern wird, was sich besonders in den an Aerzten armen Landdistrikten in Norwegen empfehlen dürfte, woselbst solche ärztliche Gehülfen wohl kaum zu entbehren sein dürften, indem der Arzt die nöthigen Aetzungen bei einem jeden Kranken unmöglich selbst vornehmen kann.

II. Die Diphtheritisepidemie, die von 1861 bis 1862 in Fahlun (Schweden) herrschte; von Dr. Hallin*).

Die Zahl sämmtlicher an Diptheritis erkrankter Personen betrug (vom März 1861 bis April 1862) 200, und befanden sich unter diesen 93 unter 10 Jahren, 75 im Alter von 11 bis 20, 25 im Alter von 21 bis 30 und 7 im Alter von 31 bis 40 Jahren; nach dem 40. Lebensjahre kam kein Fall von Diphtheritis vor. Es starben im Ganzen 25.

Da die Epidemie ihr Ende erreicht hatte, so theilt Herr Hallin noch einige weitere Beobachtungen mit, die er Gelegenheit hatte, besonders über die nachfolgenden Paralysen zu machen. Als ein konstantes Verhalten ergab es sich, dass die Blutvergiftung, je ausgedehnter und fester das Exsudat gewesen, auch desto stärker sich aussprach. Die Verbreitung des Exsudates auf die Mundhöhle kam in den letzten Zeiten häufiger als früher vor; ebenso zeigte die Krankheit eine grössere Neigung zu Rückfällen, besonders bei jungen Kindern von 1 bis 3 Jahren. In diesem Falle trat das Exsudat gewöhnlich an solchen Stellen auf, welche früher davon frei

*) Aus der Hygiea Bd. 25 mitgetheilt von Dr. v. d. Busch.

geblieben waren. Der von Hrn. Hallin in einem früheren Berichte erwähnte chronische Verlauf mit während mehrerer Wochen fortdauernder Exsudatabsetzung besonders im Larynx und Pharynx, in Verbindung mit einem mehr oder weniger fieberhaften Zustande, kam in der letzten Hälfte der Epidemie nicht vor. In den schwereren Fällen wurden einige Male Petechien, so wie ein mehr oder weniger profuses Nasenbluten beobachtet, und ist auch manchmal gleichzeitig mit Urticaria ein Rezidiv entstanden. Ein Exsudat auf der äusseren Haut, mit Ausnahme der an den Mundwinkeln und Nasenöffnungen, ist nicht vorgekommen. Eiweissharnen, obschon es nicht konstant vorkam, fehlte doch selten in den schwereren Fällen und zeigte sich dann schon von Anfang an; einige Male stellte es sich erst während der Konvaleszenz ein und dann in Verbindung mit Nachkrankheiten. —

In prognostischer Hinsicht war das Alter von 1 bis 10 Jahren das ungünstigste. Was die Symptome anbelangt, so hatten die vom Larynx ausgehenden, so wie die Neigung des Exsudates, sich weit auszubreiten, starke Prostration, Blutungen u. s. w. eine schlimme Bedeutung. Wenn das Eiweissharnen sehr reichlich war und sonach auf ein tieferes Ergriffensein des Organismus hindeutete, so war es ein bedenkliches Symptom; wenn es sich aber im gelinden Grade selbst in relativ leichteren Fällen zeigte, so gab es an und für sich keinen Stützpunkt für die Prognose ab. Uebrigens waren die Komplikationen der Krankheit so wie die Beschaffenheit des Individuums natürlicherweise von grosser Bedeutung in Bezug auf den Ausgang.

In pathologischer Hinsicht muss die Diphtheritis wohl für eine allgemeine oder konstitutionelle Krankheit und zwar wahrscheinlich für eine Blutvergiftung (Toxämie) gehalten werden, bei welcher das Blut eine Tendenz zu profuser Fibrinexsudation hat, die es hauptsächlich auf die Schleimhäute absetzt, in Verbindung mit Fieber von adynamischem Charakter, und der in manchen Fällen eigenthümliche Nachkrankheiten folgen, welche sich durch Veränderungen in der Innervation auszeichnen. Wir sind jedoch noch nicht berechtigt in pathologisch-anatomischer Hinsicht, oder durch klinische

Beobachtungen eine sichere Theorie über das Wesen dieser Krankheit aufzustellen. —

Die nachfolgenden Paralysen hatten ihren Sitz entweder in den ursprünglich von den Pseudomembranen bedeckten Partieen (Gaumen, Larynx), woselbst sie isolirt vorkamen, ohne dass die Sensibilität oder Motilität in entlegenen Organen dadurch auf irgend eine Weise angegriffen war, oder aber es nahm die Paralyse eine allgemeine, progressive Gestalt an, in welchem Falle kein bestimmtes Verhältniss zwischen Ursache und Wirkung dargethan werden konnte.

Die ersten Symptome der Paralyse traten gewöhnlich 2 bis 3 Wochen nach dem Verschwinden der Halssymptome, während der Kranke in voller Besserung begriffen zu sein schien, ein. Die Lähmung des Gaumensegels ging immer voran, konnte aber schon einige Zeit verschwunden sein, bevor die allgemeine Muskelschwäche und die Sensibilitätsanomalieen ihren Anfang nahmen. Unter Verstimmung und Reizbarkeit des Gemüthes und starker Abmagerung fing dann die gestörte Innervation an hervorzutreten, und zwar entweder gleichzeitig oder nacheinander im motorischen und sensitiven Systeme. Das Sehvermögen nahm ab, ohne dass jedoch jemals vollständige Blindheit eintrat; gewöhnlich beschränkte sich Solches auf das Unvermögen, feine Schrift zu lesen; in gelinden Fällen war es bloss ein Unvermögen, das Lesen in Folge von Accommodationsschwäche längere Zeit hindurch fortzusetzen. Wenn eine Affektion des Sehvermögens vorhanden war, so ging sie immer der allgemeinen Schwäche voraus, welche gewöhnlich mit schmerzhaftem Kriebeln in den unteren Extremitäten in Verbindung mit heftigeren oder gelinderen Schmerzen in den Gelenken begann. Dabei wurden die Beine immer schwächer und ging darauf der Zustand in schwereren Fällen in vollständige Paraplegie über. Eine solche vollständige Paralyse trat jedoch höchst selten, unter allen Kranken nur dreimal, ein; gewöhnlich verblieb es bei einer mehr oder weniger starken Muskelschwäche, woran die Muskeln der oberen Extremitäten und des Rumpfes ausnahmsweise Theil nahmen. Zu gleicher Zeit wurde der Puls oft schwach und nahm an Frequenz ab. Man bemerkte ein

anämisches Nebengeräusch und Oedem, und nahm die Haut eine bleiche, livide Farbe an; auch sank ihre Temperatur. Einige Male wurden die Kranken von einem katarrhalischen Husten geplagt und fiel es ihnen besonders schwer, die Sputa auszuhusten, vermuthlich in Folge der paralytischen Schwäche im Larynx. Die Verstandeskräfte waren in allen Fällen vollkommen frei. Rückkehr zur Gesundheit trat immer ein, obschon dazu mehrere, sogar sechs Monate, gehörten; dieselbe gab sich immer dadurch zu erkennen, dass die zuletzt entstandenen Symptome zum normalen Zustande wieder zurückgingen.

Im Bereiche der Sensibilität kamen vor:

Amblyopie	12 Fälle
Sensibilitätsanomalie ohne Muskelschwäche	5 „
Im Ganzen	17 Fälle.

Da, wo Amblyopie sich einstellte, machte sie, wie oben bemerkt ist, immer den Uebergang von der Paralyse des Gaumensegels zur Paralyse in den Extremitäten aus. Sie war oft von Diplopie, Presbyopie, so wie von Strabismus begleitet; der Augenspiegel zeigte keine materielle Veränderung.

Störung in der Sphäre der Sensibilität ohne eine entsprechende in der der motorischen Sphäre kam äusserst selten vor. Dieselbe äusserte sich als ein Gefühl von Kriechen in den Extremitäten, einmal mit abgestumpftem Empfindungsvermögen, einige Male mit Hyperästhesie im ganzen Körper, gewöhnlich aber in Verbindung mit Schmerzen in den Gelenken. Diese Form kam besonders bei Weibern vor und verging schneller als die paralytische Form.

Im Bereiche der Motilität kamen vor:

Paralyse im Gaumensegel und Pharynx	bei 44
Paresis in den Muskeln des Gesichtes und Nackens	„ 2
Dysphagia paralytica	„ 2
Strabismus	„ 3
Paralyse oder Paresis in den unteren Extremitäten .	„ 11
Paralyse derselben in Verbindung mit der der oberen Extremitäten und eines Theiles des Rumpfes . .	„ 4
Im Ganzen	bei 66

Ohne Zweifel sind mehrere Fälle von Paralyse des Gaumensegels und Pharynx vorgekommen, die, wenn die Krankheit dabei stehen blieb, nicht angezeigt wurden, und geschah es dann, dass sie mir nur zufällig bekannt wurden. Eine Paralyse der Harnblase oder des Mastdarmes ist nicht beobachtet worden.

Der allgemeine Charakter der Paralysen war der, dass sie einen progressiven Verlauf zeigten, mehr und mehr generell wurden, sich jedoch in den meisten Fällen auf die unteren Extremitäten beschränkten und manchmal nur eine von beiden befielen. In den gelinderen Fällen äusserte sich das Uebel dadurch, dass es dem Kranken schwer wurde, lange in aufrechter Stellung zu verharren, indem er dabei gewöhnlich plötzlich umfiel und nicht vermochte, sich wieder aufzurichten. Sein Gang war unsicher und wackelnd, gleich einem Trunkenen; bei dem geringsten Hindernisse, welches sich seinen Füssen entgegen stellte, und besonders, wenn er es versuchen wollte, eine Treppe hinauf zu steigen, fiel er um. — In den schwereren Fällen nahm die Schwäche immer mehr zu, die Beine wurden beim Gehen vorwärts geschleudert und die Füsse nicht fest niedergesetzt; wenn der Kranke einige Schritte gehen wollte, so musste er sich an einen festen Gegenstand halten, und endlich stellte sich vollständige Paralyse ein. In diesem letzteren Falle geschah es denn auch, dass die oberen Extremitäten an der Krankheit Theil nahmen; sie wurden schwach und zitternd, jedoch trat niemals völlige Lähmung derselben ein. Einige Male breitete sich die Lähmung auch auf den Nacken aus, so dass es dem Kranken nicht möglich war, den Kopf aufrecht zu halten; ebenso breitete sie sich auch wohl auf die Muskeln des Rumpfes aus, so dass der Kranke sich nicht selbst im Bette umdrehen konnte. Die Paralyse des Gaumensegels ging dem Uebrigen immer voraus oder begleitete sie. Dieselbe äusserte sich zuerst dadurch, dass die Sprache einen zischenden Laut bekam; die schlecht ausgesprochenen Wörter gingen in einander über, wurden durch die Nase ausgestossen, so dass es oft unmöglich war, sie zu unterscheiden. Zweimal war damit ein Unvermögen zu schlingen, besonders von flüssigen Dingen, ver-

bunden, welche denn sofort aus der Nase wieder ausgeleert wurden; aber auch feste Dinge konnten nur mit Schwierigkeit verschluckt werden. Im Allgemeinen muss bemerkt werden, dass die Disposition, von Paralyse ergriffen zu werden, sich weniger bei jungen Kindern zeigte, jedoch mit Ausnahme der des Gaumensegels, welches auch bei solchen Kindern oft affizirt war; die generelle, progressive Paralyse wurde bei Kindern nur im Alter von 8 bis 10 Jahren beobachtet. In Hinsicht des Geschlechtes zeigte sich kein Unterschied.

Was den ursächlichen Zusammenhang zwischen Diphtheritis und der ihr nachfolgenden Paralyse anbelangt, so sind die Meinungen darüber bis dahin noch sehr getheilt. Bretonneau leitete die Folgekrankheiten der Diphtheritis von Coryza diphtheritica her. Meiner Erfahrung nach treten diese Paralysen wohl gewöhnlich nach Coryza diphtheritica auf, weil dieses Symptom immer ein Begleiter einer heftigeren Infektion ist und nach dergleichen Fällen gewöhnlich Paralysen folgen, allein dieselben kommen auch in Fällen vor, in welchen weder die allgemeinen Symptome noch die Ausbreitung des Exsudates eine tiefere Infektion ankündigen, obgleich sie in diesen Fällen sich in gelinderer, mehr partieller Form zeigten. — Man hat ferner angenommen, dass das Eiweissharnen einen grossen Einfluss auf das Entstehen der Paralysen habe, allein theils ist der Eiweissstoff im Urine eine vorübergehende Erscheinung, ein Symptom vom Beginne der Krankheit an, welches, wenn es nicht auf noch vorhandener Nierenaffektion beruht, viel früher als die Paralysen auftreten, verschwindet; theils sind Anomalieen in der Innervation beobachtet worden, ohne dass Eiweiss im Urine vorangegangen war. In pathologischer Hinsicht herrscht auch noch eine grosse Ungewissheit. Einige Schriftsteller (Gubler) nehmen an, dass die Paralyse nicht von spezifischer Natur, sondern gleich derjenigen sei, welche nach anderen schweren Krankheiten, wie Typhus, Cholera, Dysenterie u. s. w. folgt und dass sie auf starker Ausleerung der Flüssigkeiten des Körpers und Erschöpfung der Nervenkraft beruhe. Dagegen ist jedoch schon von Sée auf die Eigenthümlichkeit der diphtheritischen

Paralyse, ihre progressive Entwickelung und ihr oft partielles Auftreten aufmerksam gemacht worden. Andere Schriftsteller vergleichen die Gaumensegelparalyse mit der, welche in den Gedärmen nach einer Peritonitis und in der Harnblase bei einer Cystitis entsteht. Barthez behauptet jedoch, dass die Paralyse des Gaumensegels vorkomme, ohne dass eine Absetzung von Exsudat im Rachen stattfinde, ein Verhalten, welches ich jedoch niemals wahrgenommen habe. Eisenmann nimmt an, dass die Paralyse ihren Grund in theilweiser Obliteration der Arterien durch Fibrinkoagula habe und Bourdon sucht den Grund davon in langsamer Asphyxie, wovon die Hämatose gestört würde, allein keiner von beiden liefert genaue Beweise für ihre Behauptungen. Manche Schriftsteller nehmen an, dass die heftige Halsentzündung sich auf die Häute des Gehirnes und Rückenmarkes ausbreiten könne und dass auf diese Weise der Grund zu den nachfolgenden Paralysen gelegt würde. Die anatomisch-pathologischen Untersuchungen haben jedoch diese Annahme nicht bestätigt, indem zuverlässige Beobachtungen in den Fällen, in welchen der Tod eine Folge der Paralyse war, ergeben haben, dass sowohl Gehirn als Rückenmark gesund und frei von aller Veränderung waren: Bretonneau hält die diphtheritische Paralyse für das Resultat der im chronischen Stadium eintretenden diphtheritischen Blutvergiftung. Man hat auch angenommen, dass die Anämie, welche beständig mehr oder weniger eine Begleiterin der Diphtheritis ist, in einem ursächlichen Zusammenhange mit der Paralyse stehe, allein dieselbe dürfte wohl eher als eine der Diphtheritis angehörende Erscheinung zu betrachten sein, indem sie oftmals, ganz unabhängig von den primären Symptomen und von der Dauer der Krankheit, plötzlich auftritt. Wenn wir nun alles Das, was über die Natur der diphtheritischen Paralyse gesagt worden ist, zusammenfassen, so bleibt als Resultat, dass diese sowohl als auch die Diphtheritis selbst eine Folge einer Veränderung der ganzen Konstitution so wie eine Modifikation der Nerventhätigkeit ist, deren Natur wir jedoch noch nicht anzugeben vermögen.

Was die Behandlung anbelangt, so habe ich dem, was

darüber in meinem ersten Berichte gesagt worden ist, nur wenig hinzuzufügen. Da die Krankheit beständig eine kontagiöse Neigung zeigte, so wurde die Isolirung der Kranken so viel als möglich genau befolgt. Als innerliches Mittel zeigte das chlorsaure Kali stets seine günstige Wirkung. Nahm das Uebel einen septischen Charakter an, so wurde Salzsäure gebraucht und bei Neigung zur Prostration wurden Reizmittel, wie Wein, Ammon. carbonic., China u. s. w., in Anwendung gezogen. Als örtliches Mittel auswärts um den Hals habe ich keinerlei Zugmittel, sondern nur kaltfeuchte Umschläge, angewendet; in gelinden Fällen wurden das Gaumensegel, die Tonsillen u. s. w. mit gepulvertem Alaun bestrichen, in schwereren Fällen wurden dieselben mit einer Auflösung von Eisenchlorid (Sesquichlorat) bepinselt; zeigte das Exsudat eine Neigung, sich auf den Larynx auszubreiten, so zog ich eine Auflösung von Höllenstein in Verbindung mit Brechmitteln vor, und wenn das Exsudat Neigung zum Brandigwerden zeigte, so wurde mit verdünnter Salzsäure gepinselt. Diese topischen Mittel habe ich so viel als möglich immer selbst applizirt und halte ich dafür, dass ihre günstige Wirkung hauptsächlich auf ihrer richtigen Anwendung beruht. Wenn man ihre Anwendung anderen Personen überlässt, so können die mehr konzentrirten Auflösungen ohne Zweifel dadurch Schaden verursachen, dass sie auf gesunde Partieen angebracht werden. Gewöhnlich müssen sie fünf- bis sechsmal wiederholt werden, bevor das Exsudat aufhört sich zu reproduziren. In der Zwischenzeit wurden theils erweichende, theils adstringirende Gurgelwasser in Anwendung gebracht.

Von Manchen ist ein Zweifel über den Werth der topischen Mittel bei der Behandlung einer Krankheit, die auf einer Vergiftung des Blutes beruht, also konstitutionell ist, erhoben worden. Dieses hat ohne Zweifel da seinen Grund, wo diese Infektion so stark ist, dass ganz plötzlich Prostration und Kollapsus eintreten, ebenso bei sehr jungen Kindern, bei welchen das Exsudat eine grosse Ausbreitung hat und bei welchen die Anwendung des Mittels nothwendig Gewalt erfordert. In allen Fällen aber, in welchen Zeit zum Handeln gelassen wird und in welchen die Applikation genau auf die kranken

Partieen ausgeführt werden kann, kann es wohl nicht gleichgiltig sein, das Exsudat so lange sitzen zu lassen, bis es auseinanderfällt und die sekundären Folgen sich zeigen; meine Erfahrung hat mir bestimmt gezeigt, dass die topischen Mittel es vermögen, die Ausbreitung des Exsudates zu begrenzen und dasselbe speziell vom Pharynx und Larynx abzuhalten, und haben überhaupt diejenigen Fälle, in welchen diese Behandlung genau befolgt wurden konnte, relativ den glücklichsten Verlauf gehabt. — Was endlich die Behandlung der Paralysen anbelangt, so wurden gegen diese tonisirende Mittel, wie Eisen, China, in Verbindung mit nahrhafter Kost, gebraucht; manchmal war es auch nöthig, dabei Reizmittel, wie Einreibungen, die Douche, Nux vomica so wie auch die Elektrizität, in Anwendung zu bringen.

III. Die epidemische Diphtheritis zu Wisby (Schweden) vom Stadtarzte Dr. O. Neyber daselbst*).

Als die im Jahre 1861 in Wisby herrschend gewesene Keuchhustenepidemie anfing abzunehmen, zeigten sich verschiedene Fälle der gewöhnlichen Angina tonsillaris.

Der erste Fall von Diphtheritis (Angina diphtherica) kam im September vor und war folgender: Ein für sein Alter (7 Jahre) besonders kleiner und schwacher Knabe, Sohn eines armen, unverheiratheten Weibes, spielte am Abende bei kaltem und windigem Wetter am Seestrande, und wurde von einigen vorübergehenden Herren aufgefordert, für einen Stüber ins Wasser zu gehen, was er denn auch, ohne sich zu besinnen, that. In der darauffolgenden Nacht bekam er Fieber und Halsschmerzen. Die Mutter, welche das Uebel für eine gewöhnliche Erkältung hielt, suchte erst nach zwei Tagen, als der Zustand des Kindes immer schlimmer wurde, ärztliche Hilfe nach. Als ich ankam, fand ich den Knaben im hohen Grade abgemagert, mit schnarchender, sehr beschwerlicher Respiration, kalten Extremitäten und kleinem,

*) Aus der Hygiea Bd. 24 p. 48 von Dr. von dem Busch.

etwas intermittirendem Pulse. Bei der Inspektion des Rachens erschien die Schleimhaut des weichen Gaumens, der Uvula und der bedeutend angeschwollenen Tonsillen lebhaft geröthet und zum grossen Theile mit ausgebreiteten Membranen von schmutzig grau-gelber Farbe bedeckt. Ungeachtet der verordneten innerlichen und äusserlichen Mittel starb der Knabe an demselben Tage. — Vierzehn Tage später erkrankte ein zweijähriger Knabe an Diphtheritis, wurde jedoch nach einigen Wochen hergestellt. Die Mutter dieses Kindes, die Frau eines Seefahrers, hatte mit der Mutter des ersteren Knaben verkehrt. Von da an hörte man nichts von neuen Erkrankungs- oder Todesfällen, allein im Oktober zeigte sich eine immer mehr überhand nehmende Geneigtheit zu heftigen Anginen. — Am 26. Oktober kamen aber wieder zwei neue Fälle von Diphtheritis vor und von dieser Zeit an fuhr diese Krankheit fort während des Novembers und Dezembers in Wisby epidemisch zu herrschen, nach welcher Zeit nur noch gelinde sporadische Fälle in den folgenden Monaten sich zeigten.

Zur Diphtheritis habe ich nur die Fälle gezählt, in welchen sich ein krupöses oder ein eigentlich diphtheritisches Exsudat in der Schleimhaut eingebettet fand.

Die nachfolgende Uebersicht ergibt das Alter und Geschlecht der Erkrankten und Gestorbenen:

	Erkrankte.		Gestorbene.	
	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.
Zwischen 1 bis 5 Jahren	7	4	3	—
„ 1—10 „	4	2	1	1
„ 10—15 „	14	4	1	—
„ 15—20 „	7	4	—	1
20 Jahre und darüber	3	2	—	—
Summa	35	16	5	2

Aus dieser Uebersicht ergibt sich, dass die Diphtheritis im überwiegenden Grade das männliche Geschlecht und vorzugsweise Kinder von 10 bis 15 Jahren ergriff, und dass die Mortalität im Alter von 1 bis 10 Jahren am grössten war. Von den 51 Erkrankten gehörten 18 allein der hiesigen

höheren Elementarschule an. In der Kleinkinderschule, in den Pensionen, Werkstätten und Krankenanstalten kamen nur einige einzelne Fälle vor. Im Allgemeinen waren die Erkrankten von zarter Körperkonstitution und durch irgend ein chronisches Leiden oder vorangegangene akute Krankheit geschwächt. Im Anfange kam die Krankheit meistentheils bei armen, unter traurigen äusseren Verhältnissen lebenden Kindern vor, während des Fortschreitens der Epidemie aber zeigte sie sich fast eben so häufig unter der sogenannten besseren, mehr wohlhabenden Klasse.

Die während des grössten Theiles des Herbstes, besonders im November und Dezember herrschende feuchte und nebelige Witterung schien einen bestimmt üblen Einfluss auf die Intensität und Ausbreitung der Krankheit zu haben. Es schien nicht, als wenn die Krankheit sich in einem bestimmten Theile der Stadt lokalisirt hätte.

Im letzten Vierteljahre kamen gleichzeitig mit der Diphtheritis sowohl in der Stadt als auf dem Lande gewöhnliche Anginen von gelinderer oder schwererer Beschaffenheit vor. Die Zahl der Schulkinder in den höheren Elementarschulen betrug 171 und wurden von diesen 75 von mir an Angina tonsillaris behandelt. Als die Diphtheritis hier herrschte, hatte ich sehr oft Gelegenheit, zu beobachten, dass dieselbe sich durch Ansteckung von dem einen auf das andere Kind verbreitete, weshalb ich denn auch von der kontagiösen Natur derselben überzeugt wurde. Dagegen hatte ich auch Gelegenheit, eine direkte Ansteckung durch Berührung mit dem Exsudate zu bezweifeln, indem es nicht selten geschah, dass, wenn ich im Halse tupfte oder pinselte, ein Exsudatstück, welches von dem Kranken unfreiwillig ausgehustet wurde, in mein Gesicht flog, ohne mir zu schaden.

Der diphtheritische Prozess beschränkte sich in den meisten Fällen auf das Gaumensegel, die Tonsillen, die Uvula und den Rachen. Oefter breitete es sich aber schon früh auf die Nasenhöhle aus, welche von dem Exsudate verstopft wurde, so dass der Kranke mit offenem Munde athmen und durch die Nase sprechen musste, und floss später eine scharfe, blutig-schleimige, übelriechende Flüssigkeit aus derselben. In

zwei Fällen breitete sich die Diphtheritis bis in den Oesophagus aus, wobei denn nichts, selbst nicht einmal etwas Flüssiges, hinuntergeschluckt werden konnte, ohne sofort Erbrechen zu verursachen. In einem von diesen tödtlich ablaufenden Fällen bei einem 19 Jahre alten Mädchen musste ich 14 Tage lang sowohl alles Getränke, wie auch die Arzneien, durch eine in den Magen hinabgebrachte Kautschukröhre beibringen.

In drei Fällen erfolgte der Tod unter allen Symptomen des wirklichen Krups und fand ich bei der Leichenöffnung, dass der diphtheritische Prozess sich bis in den Larynx und auf die Schleimhaut der Luftröhre ausgebreitet hatte. Mitunter gesellte sich die Diphtheritis mehr insidiös zu einer schon vorhandenen, wie es schien, gelinden chronischen Angina.

Das die Krankheit begleitende Fieber, dem selten deutliche Frostschauer vorausgingen, war gewöhnlich nur einen oder zwei Tage von entzündlicher Natur, wonach es, besonders in den schwereren Fällen, bald einen adynamischen Charakter annahm und beim tödtlichen Ausgange von Somnolenz, Unruhe, Erbrechen und Kollapsus begleitet wurde.

Eines der konstantesten Symptome, welches ich in dieser Epidemie beobachtete, war Infiltration und Anschwellung der Submaxillar- und Lymphdrüsen am Halse, die im Verhältnisse zur Intensität der Krankheit zunahmen und nur in einem Falle in Suppuration übergingen. Die Kranken klagten über Steifigkeit im Halse und war derselbe bei der Bewegung schmerzhaft. Mitunter waren auch die Parotiden angeschwollen und hatte das Gesicht dabei ein aufgedunsenes Aussehen mit Augen voll Thränen. — Eine Anschwellung der Tonsillen wurde immer gefunden, dieselbe war aber oft nur gering, selbst in ganz schweren Fällen. Eiweissharnen in Verbindung mit Fibrincylindern und Nierenepithel beobachtete ich nur in vier sehr intensiven Fällen.

Mit dem diphtheritischen Exsudate verhielt es sich im Allgemeinen auf folgende Weise: Am Gaumensegel, an den Tonsillen an der Uvula (welche gewöhnlich geschwollen und schlaff war), so wie bisweilen auch im

Rachen und an den Seitentheilen der Zunge bemerkte man meistentheils zuerst rothe Flecke oder Streifen, deren Farbe vom Blassrothen bis zum Scharlachrothen variirte. Nach einem bis zwei Tagen, bisweilen schon nach einigen Stunden, zeigten sich an diesen rothen Stellen unregelmässige weissgelbe Flecke, die sich schnell ausbreiteten, zusammenflossen und so auf der ganzen entzündeten Fläche entweder eine einzige zusammenhängende Pseudomembran oder aber mehrere solche, die nebeneinander lagen, bildeten. Die Dicke dieses Exsudates war sehr verschieden. Bisweilen war es sehr dünn und fast durchsichtig, meistentheils aber ganz fest und dick und einige Male glich es einem fibrösen Gewebe. Im Allgemeinen nahm die Konsistenz desselben immer mehr zu, je länger die Exsudation fortfuhr, und dabei wurde denn auch die Farbe deutlicher grau und der Geruch desselben immer widerlicher. Wurde dieser Ueberzug weggenommen oder fielen Stücke von demselben von selbst ab, so erschien die Schleimhaut darunter bedeutend hyperämisch, stellenweise ecchymotisch, blutete leicht und wurde das Fortgenommene oder Abgefallene gewöhnlich in Zeit von einigen Stunden durch eine neue Exsudation wieder ersetzt. Auf diese Weise fuhr der diphtheritische Prozess 6 bis 14 Tage fort, bisweilen auch wohl länger, worauf, wenn der Ausgang nicht tödtlich war, die Exfoliation der Pseudomembran allmählig stattfand. Das Exsudat wurde dabei heller von Farbe, dünner, und endlich absorbirt, oder löste sich stückweise ab und wurde dann mit Schleim vermischt durch Erbrechen oder Aufräuspern ausgeleert, und nahm die Schleimhaut dann ihre normale Beschaffenheit wieder an.

Mit dem Aufhören des diphtheritischen Prozesses verloren sich auch die übrigen Krankheitssymptome; dennoch stellte sich die Konvaleszenz immer mit mehr oder weniger Anämie ein und nach den heftigeren Fällen zeigte sich oft eine bedeutende Abmagerung.

Ich richtete meine Aufmerksamkeit ganz besonders auf das eigenthümliche Verhalten, welches besonders im Auslande in Epidemieen der Diphtheritis beobachtet wurde, nämlich darauf, dass hinterher paralytische Erscheinungen entweder

in den Muskeln des Rachens oder auch anderswo auftraten, habe aber in unserer Epidemie nur zweimal dergleichen eigenthümliche Erscheinungen mit Sicherheit als Folgekrankheit wahrgenommen. —

In einem Falle kam die Paralyse im Gaumensegel, in der Uvula und im Pharynx vor. — Der Kranke, ein neunjähriger Knabe, fing einige Tage nach eingetretener Besserung an, über Beschwerde beim Schlingen zu klagen; die genossenen Nahrungsmittel, besonders aber Getränke, kamen oft aus der Nase wieder heraus und bemerkte man zugleich Undeutlichkeit beim Sprechen. Bei näherer Untersuchung fand ich die Gaumenbogen und das Gaumensegel herabhängend und die Uvula besonders schlaff und lang, so dass sie auf der Zungenwurzel lag. — In einem anderen Falle stellte sich Lähmung unter der Form von deutlich ausgeprägter Muskelparesis in den unteren Extremitäten bei einem Mädchen von 7 Jahren ein, welches äusserst heftig von Diphtheritis ergriffen gewesen war. — Beide Kranke wurden völlig hergestellt.

Was nun die Behandlung der Diphtheritis anbelangt, so wüsste ich nichts anzuführen, was in wissenschaftlicher Hinsicht von Interesse sein könnte. Die kranken Partieen im Rachen betupfte ich mit Höllenstein in Substanz oder bepinselte dieselben mit einer Auflösung von Höllenstein oder mit verdünnter Salzsäure, wobei ich denn zugleich adstringirende Gurgelwasser und warme Einathmungen anwendete. Die Stärke des örtlichen Mittels wurde immer nach dem vorhandenen Reaktionsgrade abgepasst. Der Hals wurde zugleich mit warmem Kampheröle eingerieben und mit einer dicken Schicht von Wolle umwickelt. Blutausleerungen und Brechmittel gebrauchte ich durchaus nicht, dagegen verordnete ich sehr bald, oft schon im Beginne der Krankheit, Tonica und Stimulantia, welche Behandlungsart nebst den zweckmässigen hygienischen Vorschriften (Reinlichkeit, frische Luft u. s. w.) und einer nahrhaften und leicht verdaulichen Diät sich besonders wirksam gegen die diphtheritische Infektion erwies.

Die zymotischen Kinderkrankheiten der Chinesen. Von Dr. S. Pappenheim, prakt. Arzte u. s. w. in Berlin.

Man ist bisher noch in Zweifel darüber, ob alle in Europa und sonst vorkommende Zymosen auch den Chinesen in seinem Vaterlande befallen haben*). Hirsch bestreitet es, dass Scharlach den Chinesen betreffe; von den Rötheln scheint er derselben Ansicht zu sein, obgleich die von Friedel citirten Missionsberichte ihrer gedenken; in Betreff des Keuchhustens fehlen noch gründliche Nachrichten, und was den Scharlach angeht, so behaupteten Missionäre früherer Jahre, dass er unter der Bezeichnung *Ma* den Chinesen bekannt sei. Obgleich positiven Behauptungen immer mehr geglaubt wird, seitdem man besonders sich überzeugt hat, dass die Raçenimmunität gegen Krankheiten seltener sei, als man annahm, so ist mir eine direkte Beschreibung einer *Ma*-Krankheit, die man unzweifelhaft für Scarlatina zu nehmen hätte, nicht vor Augen gekommen. Als *Ma muh* sah ich in *Dschang dschi* eine Krankheit mitten unter nervösen Leiden aufgeführt; ohne Namensdiagnose begegnete ich in Paou Beschreibungen, die sich auf Scharlach deuten lassen und im Kapitel der Masern (*Ma chin*), 1—2 Stellen, die ich, weil sie zweifelhaft sind, wörtlich aufführen will. Ich kann aber zur Zeit mich noch nicht für eine entschiedene Annahme der Missionäransicht entschliessen, um so mehr, als Laure, Armand u. a. neuere Reisende, welche allerdings mehr aus den Küstenstrichen, als dem Inneren des Landes gesehen haben sich ganz schweigsam verhalten, was deshalb von einigem Belange scheint, weil sie sogar über die leichter auszumachende und uns ebenfalls hier berührende Frage, ob Bandwurmkranke unter den Chinesen gefunden würden, was Morrison, Medhurst u. A. annehmen und, ihrer Deutung zufolge, in den mir vorliegenden Schriften beschrieben wäre, oder ob man, mit

*) Moderne Dermatologen, wie Moore, Neligan und Hillier lassen diesen Gesichtspunkt ganz ausser Acht.

Hirsch, diese Ansicht in Abrede zu stellen habe, schweigend hinweg gehen. Ganz eben so unbeantwortet finden wir die angeregten Gegenstände in den vor nicht langer Zeit erschienenen Berichten der ostasiatischen Expedition.

Unter solchen Umständen haben wir uns vorläufig darauf zu beschränken, die weniger als die Pocken des orientalischen Landes bekannten Masern zu kennzeichnen, da wir über sie allein unzweideutige Originalbeschreibungen besitzen. Viele andere Krankheiten, über welche die Chinesen uns Mittheilungen geben, sind ganz ohne Namen geschildert, andere unter so fremdartigen Bezeichnungen aufgeführt, dass man aus diesen die Natur des Gegenstandes nicht errathen kann, und wiederum andere sind zwar nach einer oder der anderen Species bereits ausgemittelt, wie das von mir erwähnte *kan tseih*, doch theilen dieselben sich wieder in eine solche Menge Varietäten*), dass es erst der mühsamen Durchlesung und

*) Wir lesen im 5ten Bande Buch 1 Bl. 32 ff. des Werkes von Dschang dschi folgende Beschreibung der *kan*-Arten: 1) *kan ping* die akute Krankheit *kan*. 2) *Woo tseang kan* die *kan's* der 5 Eingeweide. 3) *kan tseïh ping* (Pasteten *kan tseïh*, die von mir bereits erwähnte Pica-Art). 4) *Choo kan* verschiedene *kan's*, von diesen heisst es: Es gibt ein heisses *kan*, ein kaltes *kan*, kalt und heisses *kan*, Bandwurm *kan* (*kan kwuy*), Gehirn *kan* (*kan naou*), *kan tseïh* Rücken*kan* (gelb, allmählig abgemagert, schlägt den Rücken wie eine Trommel; Vogelgeschrei; der Rückenknochen wie eine Säge etc.), *tsow ma kan* (rennendes Pferde*kan*), *woo koo kan* (unschuldiges *kan*), *ting-he kan*, *poo loo kan* (feuchtkauendes *kan*); wieder ist *kan ko* Durst*kan*, *laou kan* Ermüdungs*kan*, *sëäy kan* Purgir*kan*, *le kan* Diarrhoe*kan*, *chung kan* Geschwürs- oder Schwellungs*kan*, *kan chwang* (wörtlich Geschwürs*kan*, wird aber von Morrison „venerisches Geschwür" übersetzt). Sonach hätten wir 16 Arten *kan*, noch ungerechnet die mit Bezifferung von mir aufgeführten, und wer könnte bei der so seltsamen Namengebung den wirklichen Inhalt vermuthen! Aber nun werden die kurz benannten Arten wirklich, doch, wie man gleich sehen wird, ohne treue Befolgung der Inhaltsüberschrift, näher geschildert und dabei, durch die mitunter

dann Durchdenkung der einzelnen bedarf, ehe man nur überhaupt sagen kann, ob sie alle uns unbekannte *Pica* und insbesondere *Pica*abarten der genannten Species seien, oder, unvermuthet, vielleicht auch in unser Gebiet gehören. Denn so wenig Ordnung ist in der Stellung der einzelnen Krankheiten überhaupt beobachtet, dass man weder aus dem Titel eines Werkes, noch eines seiner Bücher von vornherein entnehmen kann, wo man etwa noch eine Auskunft über einen Ausschlag, oder überhaupt nur über eine Kinderkrankheit*) zu gewärtigen

---

vorkommende Aetiologie eine neue Verwirrung geschaffen. Die Beschreibung geht in folgender Ordnung vor sich: das heisse, das kühle (oder kalte), das kalte und heisse, das *kwuy* (Band- oder Erdwurm, nach der hier veränderten Bezeichnung), das Gehirn*kan*, das *tseih kan*. — (Die veränderte Wortstellung hat zuweilen eine veränderte Bedeutung im Chinesischen) *tsow ma kan*, *Sëen kan chwang yo*, *choo kan*, *woo kan seaòu chih yuen*, *kan yen* (das Augen*kan*). Nun schiebt der Verfasser Mittheilungen über die Hitze ein, indem er ausführlich von einer Leber-, Herz-, Magenschleimhaut-, Lungen- und Nierenhitze spricht; hierauf von einer Morgen- (*chaou*), einer beginnenden (fötalen, *tae*) Hitze, von einer Knochen- (*ching*)-, Salivations-, Fieber- (*yo*) Hitze, Wind, Kälte und Hitze; grosser, voller und leerer Hitze. Auf dieses Intermezzo erst folgen *woo koo kan*, *ting he kan*, *poo loo kan*, *ko kan*, *kan sëay*, *kan le*, *kan chung*, *kan chwang*. In Betracht des letzteren heisst es zwar „es sei kein unschuldiges *kan*" und meine Leser erwarten gewiss von geschlechtlichen Sünden zu hören, da fällt der Verfasser mit der Erklärung ein: „Insekteneinfluss". „Insekt verletzt die Haut" und dies ist die von Morrison und Medhurst für syphilitisches Geschwür erklärte Art.

*) So ist im 5ten Bande Dschang dschi's, indem Abschnitte, den Schott mit den Worten: „Lähmung und Schlagfluss, Gemüthskrankheit" hervorhebt, der spezielle Inhalt in 4 Kapitel abgetheilt, deren erstes 10 Gegenstände enthält (1) *Jay pe*, Anästhesie, nebst ihren Arten: *P'he* aus dem gemischten Einflusse von Wind, Kälte und Feuchtigkeit 1a) vom Winde 1b) schmerzhaftes *Pe* durch Kälte 1c) *Choo pe* durch Feuchtigkeit 1d) Knochen*pe* vom Winter 1e) Sehnen- oder Muskel*p'he* vom Früh-

habe; ja nicht einmal existiren genügende Inhaltsverzeichnisse der bekanntesten Schriften, daher medizinische Historiker, selbst wie Häser und Hirschel, es vorgezogen haben,

---

linge 1f) Blutgefässphe vom Sommer 1g) Fleisch- oder Beinhautphe und 1h) Hautphe vom Frühling; 2) *fung t'hung* Schlagfluss, Lähmung; 3) *ma muh* (Holzma, aber mit dem 200sten Wurzelworte, also wörtlich Hanfholz); 4) *juy keue*, kurzes *juy* [auch anästhetisches Uebel, das aber noch abgetheilt wird in Sehnenjuy 4a) *(kin juy)*; ist von Magenschleimhauteinfluss etc., Fleischjuy 4b) *(jiuh juy)* von Niereneinfluss, (Moment) — so dass nicht einmal die Abartenbezeichnung mit der angenommenen Aetiologie übereinstimmt) und 4c) Knochenjuy *(kweih juy)*] 5) *pih ho.* — 6) Beineinfluss. — 7) *Ho tseïh fung* (Schilfrohrwind). Betrifft die Sehnen und hat noch eine Unterabtheilung unter dem Namen 7a) *foo jin hŏ tseïh fung.* Weiberschilfrohrwind. — 8) *Choo fung mun* (Windthore zu unterscheiden). Die Erklärung drückt sich mit den Worten aus: Die zu nennende Ordnung ist: Faules Geschwür etc. 9) *Wei fung* Magenwind, worunter man Flatulenz erwartet, und dies mitten unter Lähmungen! als ob es eine Magennervenlähmung wäre. 10) *Pho shang fung.* Der Wind bricht auf und verletzt („Haut und Fleisch). — Das 2te bespricht 11) *Thëĕ p'ho* Straucheln geisselnd". Ordnung zu nennen. Der Mensch zerstört, extravagant). 12) *k'hing* Nackensteifigkeit, worunter man Meningitis cerebro-spinalis erwarten sollte. 13) *Ch'he tsùng* Kinderkonvulsionen und 14) *Chen chin* schiefer Kopf beunruhigt; ein wichtiges Kapitel, da es über dieses in älteren Schriftstellern kaum zu enträtheelnde Symptom einigen Aufschluss gibt. — Das 3te Kapitel ist 15) dem *Leuen* gewidmet, Kontraktur an Hand und Fuss. Das 4te eines der seltsamsten Gemische: 16) *Heuen huwy* Glänzendes, unstetes Auge; 17) *Tëen* Geisteskrankheit 18) *Kwang* Gemüthskrankheit. 19) *Hëen* Epilepsie oder Eklampsie der Kinder. 20) *Fan saòu*, unaufhörlich verbrannt. 21) *Hiù fan* das unaufhörlich Leere. 22) *Chen wang* verwirrtes Sprechen im Schlafe, (oder ein Kranker, der bei seinem Sprechen wandert). 23) *Sùn e mo chwang.* Es folgt Schlafkleiderfassen. Abermals ein, bei den Krankheiten der Kinder genanntes Symptom. 24) *Noó* Aerger. 25) *Pei* Schmerzliche Verstimmung. 26) *king* Aufschrecken, grünes (wahrscheinlich

ihren Werken die völlig falschen Ansichten, welche ihnen irgendwo über chinesische Heilkunde begegnet sind, einzuverleiben, als die wenigen vorhandenen Mittheilungen unterrichteter Sinologen aufzunehmen, oder sich selbst an das Studium der betreffenden Schriften zu begeben — Selbst, als ob es eine überflüssige Angelegenheit wäre, sich um die Vergangenheit zu kümmern, sieht man, dass die Spezialisten unserer Zeit, ohne alle und jede Ausnahme, es verschmähen, von dem chinesischen Urtheile Notiz zu nehmen, obschon es sicher ist, dass die alleinige Mühe, Diagnose dieses Urtheiles zu stellen, sie auf die Mangelhaftigkeit der jetzigen Bestrebungen hinführen müsste, die im Augenblicke unsere Zuflucht sind, und welche schon um ihrer Einseitigkeit willen, das Gepräge des Verfehlten an sich tragen. Daher sucht beispielsweise Michaelis (Compend. d. Lehre v. d. Syphil. 1865 S. 1) seinen Lehrer Hebra gewissermassen wegen dessen Unterlassungssünde zu entschuldigen, indem er sich auf die Schwierigkeit des betreffenden Studiums beruft. („Selbst die geringen Behelfe verlangen" — (beim Studium des Alterthumes —) „zur richtigen Benutzung eine Geistesschärfe und eine gewisse Breite der Erfahrung, eine Gewandtheit in der Erklärung dunkler Bilder etc.")

Gleichwohl ist es nicht so unfruchtbar, hin und wieder einige medizinische Rückblicke zu thun; obschon wir zu Gunsten unserer Meinung nur das hier etwas ferne Beispiel der Anaemia intertropica besitzen, deren ätiologische Griesinger'sche Besprechung man bei Seite schiebt, weil sie sich nur auf einen Fall gestützt hat, und andere Beobachter keine gleiche Erfahrung gemacht haben. Nun, hierzu bezüglich kann man bei Chinesen lesen, dass sie unter den ge-

---

kyanotisches) Ansehen. Wird als Leberkrankheit aufgefasst
27) *k'hung* Furchtbeginn. 28) *kêen wang* Verlust des Gedächtnisses (Amnesie). 29) *Yang wuy lan.* Ernähre, erwäge, Belehrung. Nach dieser bunten Schilderung, welche mitten unter Lähmungen und Geisteskrankheiten pädiatrische, unerwartete Gegenstände bespricht, schreitet der Verfasser im 5ten Kapitel zu Beschreibung des Purgirens.

nannten Umständen zwar nicht Anchylostomen, aber doch Magenhelminthen, welche wir als Taenia beschrieben bemerken, und die man, obgleich es vielleicht nur Askariden sein möchten, aus dem Magen zum Munde herauskommen sah.

Mag es nun auch bequemer und vortheilhaft sein, durch Praxis in einem fremden Lande Resultate aufzusuchen, so führt doch auch dieser Weg nicht stets zur richtigen, wissenschaftlichen Erkenntniss und ich erinnere deshalb nur an das Beispiel Pattison's, welcher noch jüngsthin behauptete, es würden, wie er im Lande selbst erfahren habe, chinesischen Kindern, kurz nach der Geburt, eiserne Schuhe angelegt, um die so beliebte und nur am kaiserlichen Hofe verbotene Fussform zu erlangen, worauf Simpson (am 8. März d. J.) aus schriftlichen, sehr glaubwürdigen Nachrichten das Grundlose dieser Erzählung darthun konnte. Noch weniger aber kann uns jener Weg zu einem hinreichenden Verständnisse verflossener Jahrhunderte verhelfen, so lange wir nicht mindestens alle literarischen Vorstudien uns erworben haben, und hierzu ist Lektüre der vortheilhafteste Weg, da wir durch sie bereits mehr Einsicht erlangt haben, als durch die sämmtlichen, zur Zeit von jetzigen, sehr vortheilhaft gestellten Reisenden gemachten Mittheilungen.

Wären ferner die bisherigen spekulirenden und beobachtenden Methoden die richtigen, wie kam es denn, dass man, nach einer so langen Dauer des Streites über die Entstehungsweise der Zymosen und zunächst unserer Masern, noch immer keine abgeschlossene Ansicht gewonnen hat*), und daher nicht weiss, ob man es in der Hand habe, ihre Entstehung zu verhüten, oder nur vermöge, sich ihrer Verbreitung zu widersetzen. Lorinser bestreitet es heftig, dass ein oder mehrere Urkontagien existiren, die sich nur fortpflanzten, son-

*) Dies gilt eben so noch von der Arbeit Pfeilstücker's, obschon sie über Inkubation Beobachtungen liefert, welche ich bisher in meiner Praxis bestätigen konnte. — Aeltere Ansichten kann man in Schürmayer's Handb. der med. Poliz., 1848, wo sie sehr fleissig zusammengestellt sind, aber, wie mir scheint, wohl nicht mit besserem Erfolge, als oberwähnt, befragen.

dern ist, wie auch in diesem Jahre noch einige, in dieser Zeitschrift vorgeführte, englische Autoren aussprechen, der Meinung, der kontagiöse Stoff finde jederzeit die Bedingungen zu seiner abermaligen Entstehung, wiewohl es doch in solchem Falle wunderlich ist, dass sie nicht aller Orten sich erzeugen und in jedem Jahrhunderte da gewesen sind. Dieser Ansicht, nach welcher die Kontagien vielleicht organische, chemische Verbindungen, aber unbelebte sind, entspricht zwar die jetzt von Richardson aufgestellte Behauptung, die Zymosen seien alkaloidische Gifte, die, wie Morphium, sich mit Salzsäure verbänden, um Salze zu erzeugen, aber es fehlt ihr die chemische Beweisführung, dass die vorausgesetzten Alkaloide sich darstellen lassen, dass mit ihnen Vergiftete anstecken und dass verschiedene, alkaloidische Natur jeder einzelnen Zymose zukomme. Vor Allem aber ist ja die wesentliche Aufgabe pathologischer, nicht chemischer Natur; sie kann durch Chemie erläutert, aber nicht gelöst werden, und darum ist der Weg, alle Unklarheiten zu sichten und vielleicht zu zerstreuen, nämlich der, die Geschichte zu befragen, der bessere. Wo, wann und wie sahen die ersten Beobachter die Zymosen entstehen, welchen Eindruck machten dieselben auf die von ihnen befallenen Persönlichkeiten und zeitweiligen Kunstkenner? Wie viel Zymosen tauchten gleich anfangs auf; vermehrten, spalteten sich einzelne, konzentrirten sich andere, oder gab es nur eine primitive, aus welcher die übrigen hervorgingen? Bei der sich immer fester setzenden Ansicht, dass chinesisch-ärztliche Literatur wirklich ein äusserst hohes Alter beanspruchen dürfe, können wir nur in ihr, als der ältesten des Menschengeschlechtes, unsere gewünschte Antwort, wenn überhaupt, erhalten.

In meiner Einleitung habe ich festgestellt, dass Paou unmöglich früher, als 1350 v. Chr., geschrieben sei, sodann, dass er sich auf eine vorangegangene, ärztliche Lehre berufe, ohne übrigens deren Autor anzugeben, daher wir bei der Bezweiflung der hoangtyschen Persönlichkeit, zur Zeit nicht wissen, ob noch schriftliche Denkmale Jemandes existiren, der wirklich an der ersten Schwelle der ansteckenden Erkrankungen gestanden habe. Von den uns vorliegenden Be-

schreibungen aber gibt keine die Thatsachen so unbefangen wieder, dass man sie für die Zeitgenossin eines Urausschlages halten könnte, sondern alle sprechen im Sinne gewisser Schulen, oder Lehren*). Auch erzählt uns keine, welche ätiologische Vorstellung die ältesten Kunstkenner gehabt hätten und auf welche positive Ereignisse hin selbe zu ihrer Ansicht gekommen seien. Was wir mindestens bedürften, wäre eine Reihenfolge sinesischer Arbeiten aller Jahrhunderte und sicheren Datums, denn die Behauptung Tartarineff's, alt und neu seien identisch, hat sich s. Act. Leop. uns noch nicht bewährt. Was wir haben, sind lediglich Bruchstücke, die niemals völlig befriedigen können.

Und doch sind auch diese Bruchstücke nicht ganz unbelehrend. Wir entnehmen aus ihnen, dass Pocken eine der frühesten Erkrankungen bei Chinesen, wie sie Häser's Aussage zufolge schon bei den Aegyptern bekannt waren. Masern sind mit so vielen Einzelnheiten und so vielfachen Betrachtungsweisen beschrieben, dass sie den Pocken fast auf dem Fusse mögen nachgefolgt sein, kommen aber nicht bei den Aegyptern und Juden vor, waren also später, trafen auch nicht mit Scharlach zusammen, weder örtlich noch zeitig. Die hier genannten 3 Zymosen entstanden mithin unabhängig von einander und sind nicht die eine das Derivat der anderen. Wären selbst Pocken von Aegyptern auf Chinesen je übertragen worden, so können wir nicht annehmen, dass die Ueberpflanzung auf einen fremdartigen Organismus eine Spaltung des ursprünglichen Kontagiums bewirkt habe; denn die Pocken behielten ihre Phänomene, als die für verschieden von ihnen erkannten Masern auftraten, und noch Niemand hat bewiesen, dass durch epidemisch werdende Masern der Pockencharakter sich ändere. Es ist deshalb unzweifelhaft, dass es für jede jener Zymosen eigenthümlicher Bedingungen bedurft habe, die wir uns in der Gegenwart, wo jene Krankheiten fast

*) Dass aber diese nicht identisch sind, ersehe ich aus den mannichfaltigen Unterschieden der Gesichtsdiagramme schon zweier Autoren, und der Pädiatrik Dschang's und Tung y's.

stets, wenn auch in wechselnden, bezüglichen Verhältnissen vorkommen, vereint vorstellen müssten, entstünde der Krankheitsstoff immer durch eine neue Urzeugung. Es scheint mir, dass wir durch die Annahme der letzteren (also gehäufter Bedingungen) zu manchen, nicht ganz haltbaren Ansichten gelangen würden. Eher schon wäre es gestattet, die Frage aufzustellen, ob Masern und Scharlach ursprünglich ein Kontagium gewesen seien und dann, beim Uebergange auf andere Raçen, sich getrennt hätten, denn die chinesischen Beschreibungen liefern Manches, das beiden Krankheiten gemeinsam ist, allein, wie schwierig es auch ist, sich durch jene Beschreibungen hindurchzuwinden, um den wahren Sinn zu errathen, so überzeugt man sich doch bald, dass nur der Charakter der einen Krankheit vorwiegt, die mit dem Scharlach gemeinsamen Symptome zu sparsam und zu wenig ausgeprägt, und die Folgekrankheiten so verschieden sind, dass man auch obige Hypothese eines anfangs gemeinschaftlichen Giftstoffes gern aufgibt. Dschang dschi liefert eine, fast volle 30 Seiten lange Abhandlung über die Masern und beschreibt dieselben so deutlich und dabei von den Pocken abgesondert, dass an seiner Diagnose ein Zweifel wohl nicht leicht aufkommen kann. Er stellt nichts dar, das man für Scharlach, oder für Dengue, Nicio, Roseola u. s. w. halten könnte, sei es bei Gelegenheit seines Masernkapitels, sei es ausserdem; seine Schilderungen sind so speziell gehalten, dass sie einen ziemlichen Einzelvergleich mit unseren gegenwärtigen Beschreibungen seines Exanthemes aushalten, und wir entnehmen aus ihnen, dass sie viel zu wenig, insbesondere von Folgekrankheiten mit wirklichem Scharlach Gemeinsames, angeben, um diesen für ein Derivat zu nehmen; doch ist nicht zu läugnen, dass Einzelnes auf den Verdacht einer Verwechslung mit Scharlach führen könnte, wenn auch (Friedel ausgenommen) keiner der neueren Reisenden, wie Armand, Tartarinoff, Hug, Dabry, Morache und die noch in Chin. Reposit. 1. November 1865 Hospitalberichte liefernden Missionäre uns irgend etwas von Scharlach mittheilen.

Zur Befriedigung meiner etwaigen Leser dürfte es gerathen sein, folgende, anfangs verdächtige Stelle aus Dschang

dschi, Buch 10, im Maserkapitel wörtlich mitzutheilen, die ein „Schlundleiden“ mit Ausschlag beschreibt, das entschieden sich nicht auf Pocken bezieht.

„Die Pustel entsteht angesammelt, übereinstimmend, am Schlunde, rein und vortheilhaft. Die Feuerkrankheit ist oben; Zuvor wird der Schlund heiss erfasst; ähnlich Schwellung und Verstopfung veranlasst; ist eng zu betrachten. Ton des Aus-*) und Einathmens. (Der Kranke) kann nicht trinken und essen. Es tritt nicht ein zärtliches Lieben, Lachen dummer Art; kündigt an Intelligentes, Verborgenes. Trinkt süssen Thau u. s. w. Hier ist das Blut heiss, der Schlund schmerzt. Purpurrothe Pflanze schmilzt das Böse weg. Trinken angesammelt steht entgegen. Ist Schlundschmerz da, so bricht Hitze hervor. Die Handfinger**) beginnen sich zusammenzukneifen. Aehnlich kneift die Hitze zusammen. Eine lange Zeit hernach ist es hier kühl. Dieses ist Magenschleimhauteinfluss, erschöpfter ebenfalls. 攻 *She kung* (scallion) zerstreut das Lehmhaus. Es ist Schlundschmerz; Hitze bricht hervor; Durst erhebt sich, führt ein das Trinken. Ferner sind hier Hand und Fuse erhitzt. Magenschleimhauteinfluss erhitzt hier ebenfalls. Purgiren gelb, zerstreut (keine soliden Faeces). Der Stuhl ist ermüdend, zahlreich. Trinken und Essen rücken nicht vor. Dieses (diesen Zustand) zerstreut weisser, klebriger Reis. Sorgfältig keine kalte Arznei gebrauche; (sie) veranlasst, die Magenschleimhaut und den Magen zu verletzen und (erneuert) Erbrechen und Purgiren. Es juckt am Boden ebenfalls (pruritus ani?). Der Schlund schmerzt, ist voll Hitze; der Urin roth, rauh und anhaltend beschäftigt; 3 Tiefen sind er-

*) Es scheint also, dass Dschang dschi das exspiratorische Moment des Respirationsaktes, wie es bei Asthma, Emphysem, Laryngitis der Fall ist, seiner überwiegenden Länge wegen, mehr aufgefallen und daher von ihm dem Einathmen vorangestellt ist.

**) Finger und Zehen führen im Chin. gleiche Namen; wo der Zusammenhang den Unterschied nicht ergibt, und nicht etwa beide gleichzeitig (also 20 Stück) gemeint sein sollen, wird Hand, wie hier, oder Vorderarm hinzugesetzt; hier sind also die Zehen nur von dem Phänomene ausgeschlossen.

schöpft; es kommt an die obere Ordnung an, am Schlunde ebenfalls. Zu ernähren berechne etc.“

Zieht man aus dieser seltsamen Beschreibung alle überflüssige Zeichenlehre und Bemerkung ab, so behält man als Zeichen, welche für Scharlach sprächen, Schlundleiden, Ausbruch von Ausschlag zuerst am Schlunde und Affektionen des Darmkanales, welche viel häufiger bei Scarlatina als bei Morbillen sind und kann es wohl begreifen, dass, aber auch nur Missionäre, die übrigens immerhin mit einigen medizinischen Kenntnissen ausgerüstet sind, Scharlach diagnostiziren; ausgebildete Aerzte aber werden sich schwerlich dazu verstehen, so wenige, noch dazu für die exanthematischen Momente so unvollständige Angaben für genügend zu halten, um mehr, als etwa eine Angina faucium, anzunehmen. Wir bleiben daher unseren oben ausgesprochenen Ansichten noch getreu und werden eine Stelle Paou's später prüfend vorführen. — Für jetzt nur so viel: Dschang's genannte Monographie beziehen wir nur auf Masern; den Charakter dieser, der uns manches Abweichende bietet, schildern wir, nebst unseren Folgerungen, in der sich jetzt anreihenden Abhandlung; in Tung y's 50 Büchern aber ist nichts von Scharlach zu lesen.

Die Masern (*Ma*) insbesondere.

Sie sind eine der ältesten und der frühest beschriebenen Krankheiten, aber, um sie in den älteren Beschreibungen zu erkennen, woselbst sie namenlos, oder unter sehr seltsamem Titel verborgen sind, muss man die besseren der neueren, chinesischen Schriftsteller zu Grunde legen, da wir seltsamer Weise durch Reisende nichts Anderes erfuhren, als dass viele chinesische Monographieen, darunter eine von einem Engländer geschriebene, wie es scheint seltene, über sie existiren. Sie sind reich an Eigenthümlichkeiten, aber leider nicht erschöpfend bearbeitet, weder für das europäische Bedürfniss, noch für den ärztlichen, eingeborenen Genius. Sollte man daher bessere Beschreibungen ausfindig machen, als die, welche mir selbst zu Gebote stehen, so darf jeder Praktiker auf ergiebige Lese rechnen. Die uns vorliegenden Originalschriftsteller theilen uns Beobachtung und Erklärung stets so mit,

wie sie dieselben aus frühester und darum noch nicht durch künstliche Deutung verdeckter Quelle empfangen haben, und dies ertheilt ihnen Werth, da wir mit den ehesten Anschauungen und geistigen Auffassungen durch sie Vertrautheit erlangen.

Der Charakter unserer Zymose mit dem, welchen sie in Europa annimmt, verglichen, ist ein auffallend milder und prototypischer, daher sie vor Allem unsere sorgfältigste Aufmerksamkeit mit Recht beansprucht. Im 17ten Jahrhunderte erscheint sie bereits mit einigen Beinamen: *Ma chin* ist die einfache Effloreszenz, die fleckige, oder, wie *Tung y pao kian* 1766, das *chin* definirt, „von rundem, reiskörnigem Aussehen", *Ma tow* (Masernpustel) entspricht vesikulöser und pustulöser Form und *Ma ping* muss als Knötchenform gedeutet werden. Hiernach wäre der, von Hebra, in neuester Zeit ausgesprochene, freilich richtige Satz, dass eine Effloreszenz unter sehr verschiedenen Gestalten auftauchen könne, nicht ganz neu, sondern mindestens 170 Jahre alt. Vor dieser Zeit ist der Ausdruck *Ma chin* allerdings vorhanden, doch unter etwas anderer Schreibart des *Ma*, so dass man nur, vermöge der näheren Angabe der Symptome, das wirkliche Krankheitsbild zusammenstellt und als Masern erkennt. Aber dann selbst ist noch ein sorgfältiger Vergleich mit der modernen Beschreibung erforderlich, weil der Sinn der Worte *Ma chin*, „Hanfausschlag", leicht zur irrigen Diagnose von Lichen, Prurigo, unter Umständen vielleicht selbst einer Urticaria, verleiten könnte. Ganz besonders hüte man sich, ohne Weiteres, mit Morrison, *Ma chin* auch für Scharlach zu halten, denn das Vorkommen des letzteren in China ist von ärztlichen Historikern, — denen jedoch Friedel widerspricht — in Abrede gestellt, und, was Dschung betrifft, den wir hier als Ausgangspunkt wählen, ehe wir zu Paou übergehen, so hat er entschieden nur Masern und keine der anderen hier genannten Ausschläge, auch Pocken nicht, als *Ma* geschildert. Es muss jetzt dahin gestellt bleiben, ob man *Ma chin* früherhin willkürlich schrieb, ob die Sprache, welche Radikalumtausch sanktionirte, es auch im vorliegenden Falle gestattet hat, oder ob, wie wir es in *Tung y pao kian* 1mal

bemerkt haben, nur Druckerbelieben die Schuld davon trage*). Bei zunehmender Hitze ist Friedel'n in *Tien tsin* Scharlach sogar häufig vorgekommen. Leider beweist er nicht, dass er nicht eine Masernform mit Schlundleiden fälschlich für Scharlach diagnostizirt habe.

Im Uebrigen theilen die Masern der Chinesen die wesentlichsten Kennzeichen mit denen der Europäer, d. h. vorzugsweise wird das respiratorische System erkrankt gefunden und die normale Ausbruchsordnung der Effloreszenz ist dieselbe. Dagegen ergeben sich beträchtliche Unterschiede in den Anomalieen, insoferne die respiratorischen Nachkrankheiten nicht von gleich ernstlicher Bedeutung sind, hingegen das Nervensystem vorzugsweise ergriffen wird; das digestive System sich mannichfacher als bei uns betheiligt; dabei fehlt es nicht an masriger Blutdissolution, und Gangrän ist, wenn auch nicht in solcher Ausdehnung, wie bei uns, doch ein Glied in der Kette der Entartungen. Wenn die Sage gilt, dass Anomalieen durch einen anomalen Boden erzeugt werden, so könnte sie gerade hier ihre Anerkennung finden: Ein, in Masse minder beträchtliches Nervensystem, das zu gleicher Zeit empfänglicher ist, überhaupt in Krankheiten aller Art leichter affizirt wird und ein, vorzugsweise durch Enthaltsamkeit, Arbeit, dürftiges Leben verarmtes Blut, — „verderbtes" wie der Chinese bisweilen sich ausdrückt, geben Gründe genug ab, um Nerven- und Gefässsystem leichter in Unordnung gebracht zu sehen; und in diesem Betrachte läge der Unterschied in dem aufnehmenden Organismus. Man könnte allerdings auch an ein mehr resistentes Respirationssystem denken, zumal *Tung y pao kian* in seinem Werke, in dem Kapitel von den Brustkrankheiten, äusserst mager ist**),

*) Als Beispiele fand ich 15tes mit 85stem, 60stes mit 9tem, 104tes mit 200tem, 113tes mit 145stem, 120stes mit 75stem, 145stes mit 149st., 159st. mit 120st., und 162st. mit 60st. und 173st. u. m. a. vertauscht. Endlich nennt 1mal Tung Masern Hanfchin. —

**) Unter der Aufschrift *Heung* werden Brust- und Zwerchfellskrankheiten abgehandelt, 9 Arten des Herzschmerzes (solche, die von Insekten, *Choo* (Krankheit besonderer (genitl.) Theile),

allein die Schriften der Reisenden berichten nichts von einer auffallenden Stärke der chinesischen Athmungsorgane und *Tung y* spricht sich ebenfalls nicht in solchem Sinne aus; im Gegentheile muss bei ihm die Lunge, „das Metall", ätiologisch, bisweilen da herhalten, wo sie, nach europäischen Begriffen, nicht in solchem Rechte stehen würde. Aus den von Friedel citirten Missionshospitalberichten ergäbe sich zwar ein im Ganzen nicht häufiges Vorkommen pneumonischer Affektionen ernster Art, wie Bronchitis acuta, Tuberculosis und Phthisis pulmonum, seltener Pneumonie und Hämoptoe, allein gegenüber anderen Krankheiten noch sehr Ansehnliches und erwägen wir, dass Vorkommnisse eines, zumal fremden, Hospitalbestandes nicht das Maass für ein ganzes Land sein können, so ist es nicht einmal erlaubt, aus jenen Berichten einen anderen Schluss zu ziehen, als dass Lungenaffektionen schon nicht mehr selten sind *). Sie mindestens zum Theil

---

von Wind aufgeregtem Gemüthe; Essen, Trinken, Kühle, Hitze veranlasst worden und variable nebst Greifbewegungen), Herz- mit Nierenschmerz verbunden, konzentrirter, kurzer, und mit Kyanose der Gliedmassen verknüpfter (vielleicht durch Stenose veranlasster) und binnen $^1/_2$ Tag tödtender Herzschmerz, Erschöpfungs- von Schmerzen begleiteter, mit Magenleiden vergesellschafteter Herzschmerz; apyretische und fieberhafte Brustverstopfung, solche aus Erschöpfung oder aus Plethora hervorgehend, und dgl. mehr, was nach dem lediglichen Titel, der auch etwas Milchfistelähnliches angibt, sich nicht beurtheilen lässt, so dass die respiratorischen Leiden ganz getrennt von diesem Buche, erst im nächstfolgenden; Pleurodynieen im 2ten Bande besprochen werden. Ueber Thoraxdimens. s Anm.

*) Von *Tien tsin* spricht Friedel: „Auch Lungenleiden, besonders Asthma, chronische Bronchitis, Hämoptysis und Tuberkulose herrschten vielfältig. — In Shanghai sind im Winter Katarrhe, Hämoptysis und Lungentuberkulose an der Tagesordnung. Es wären 1844—1860 im Shanghai-Miss.-Hospital 1610 Lungenphthisiker (1846—47 am meisten, nämlich 362), (1860 am wenigsten, 30) 1857—59 sind ausgeschlossen; 10239 Bronchitisleidende, (Maxim. (1624) 1846—47, Minim. (486) 1856); 2687 Asthmatiker (Maxim. (1846—47), Minm. 1856 130) und in dieser ganzen Zeit kein Masernkranker. — Diagnose Emphysem finde ich nicht gestellt. Zu Tschusan

als Ausfluss von Masern anzusehen, wäre nicht gerecht, im Hinblicke auf die hier angeführte, so masernarme Statistik.

Bei so bewandten Umständen muss man wohl die Hauptschuld des oben gedachten Unterschiedes, nicht mehr in dem aufnehmenden Organismus, sondern in dem infizirenden Gifte suchen und wird zu der Annahme gedrängt, die Masern sind nicht überall von gleicher Natur, sie mögen immerhin allgemein als ein vorzugsweises Lungengift gelten; als solches aber zeigen sie sich milder in China, als in Europa, und scheinen eben deshalb dort ihre Grundform zu manifestiren.

Sogleich wird es dienlich sein, hier 2 Bemerkungen einzustreuen. Hebra behauptet, die katarrhalischen Symptome könnten immerhin in der Diagnose irre führen, weil sie auch bei Pocken sich ereignen möchten. Bei unserem Autor steht das nicht zu befürchten, weil er die Pocken besonders bespricht, gut kennt, und nichts bei den Masern von Narben oder irgend einem denselben ähnlichen Phänomene aussagt, und weil er den Verlauf so schildert, dass er von dem der Pocken die ausgesprochenste Verschiedenheit zeigt. In dieser Hinsicht ist er also auch von den Arabern verschieden, denen

---

1840—44, 4 Phthisiker, Bronchitiker 90, kein Masernkranker. Zu Ningpo 1848 11 Pneumoniker, Bronchitiker 92, Asthmatiker (?) 47, kein Masernkranker. Zu Amoy 1844—46 209 Bronchit., 72 Asthm. und 1844—45 6 Angina pectoris, kein Masernkranker. Zu Canton 1835—43 405 Bronchit., 33 Asthm., Croup 1, Masern 1. Ob die 2—3jährige Laktation schuldlos an Phthisis sei, sagt er nicht, sondern schliesst die Bemerkungen an: Entzündliche Leiden der Athemwerkzeuge sind häufiger in Shanghai, Keuchhusten und Krup in Canton unbekannt (?), akute Bronchitis, Pleuritis und Pneumonieen sehr seltene Erscheinungen, Blutungen aus den Athemwegen, Phthisis und hydropische Ergüsse kamen, an beiden Plätzen, gleichviel vor". In Macao 1841—42 45 Phthis pulm., 35 Asthm., 4 Anginen. In Hongkong 1843—44 nach Dr. Hirschberg 39 Bronchit. 10 Asthm. unter 4904 Kranken. Endlich in Bangkok 1835 2, 1845 4 Phthisiker; 1835 7 Pneumon. 31 Catarrh. bronch. 2 Bronchorrhoiker, 30 Bronchitik. (u. 1845 deren 3).

Hirsch den Vorwurf macht, Masern mit Pocken vermengt zu haben. —

Sodann ist auf die jetzt hervortretende Richtung, in den Zymosen alkaloidische Gifte als thätige Prinzipien zu erkennen, Einiges zu antworten. Man hat diese supponirten Gifte mit dem Morphium und seinen Salzen verglichen. Allein mit ganz gleichem Rechte könnte man, bei den Masern, einen Vergleich mit dem Curarin anstellen, das nach Preyer-Bernard vorzugsweise die Thätigkeit der Drüsen, besonders der Thränen-, Nasenschleimhaut- und Speicheldrüsen, anregen soll, also wie es in den Masern geschieht, wo man aber freilich von vornherein einen Unterschied, der die Nieren angeht, gewahr wird, indem bei den Masern Dschung's der Urin nicht vermehrt, sondern vermindert ist. Dies unbeachtet gelassen, weil es individuell sehr abweichen kann, müsste man dem Befunde Preyer-Bernard's immer noch Aufmerksamkeit schenken, indem sie behaupten, auch in einem europäischen Agaricus Curarin und zwar von viel grösserer Flüchtigkeit als das aus Strychnos und Paullinia curruru, das 200°C. zu seiner Zerstreuung fordert, nachgewiesen zu haben. Hier ist es eine für den ersten Augenblick verlockende Vorstellung, es könne der Wind, der, nach chinesischer Anschauungsweise, die Masern herbeiführen soll, die verwitternden Agaricustheile in der Luft umhertreiben, mit ihnen ein flüchtiges, dem Curarin ähnlich wirkendes Alkaloid und dies gäbe die Masern her, dies erkläre, weil die Pilze nach Länderstrichen verschieden, den von uns angedeuteten Unterschied der giftigen Wirkung und die Möglichkeit, stets von Neuem aufzutreten. Allein pathologisch kann ich diese gesammte Richtung nicht für gerechtfertigt halten. Das Agaricus-muscarius-gift betäubt; wenn Rennthiere dadurch narkotisirt, und, ehe ihre Narkose verschwunden ist, zum Genusse verwendet werden, so vergiften sie die Verzehrenden. Aber Masern übertragen ihr Gift durch blosse Körperberührung und durch die Atmosphäre, in welcher ein Masernkranker sich befindet, und sind kontagiös auf diese Weise, möchte der Kranke durch sie narkotisirt sein oder nicht. Die viel grössere Flüchtigkeit unterscheidet sie also von Curarin, die Art der Uebertragung von jeder ge-

suchten alkaloidischen Vergiftung; Richardson's Bestrebungen können daher unmöglich anders als verfehlt genannt werden. —

Welches sind nun, beim Chinesen, die Wirkungen der Masernvergiftung und wie unterscheiden sich dieselben vorzugsweise in Bezug der respiratorischen Erscheinungen, welche ich bei ihnen für milder halte, nicht, weil es Jenen an Anschauungen fehlt, um richtig zu beschreiben, sondern weil gerade das Ereigniss, welches den Kern der Erkrankung abgibt, wirklich eine weniger erschreckende Natur besitzt?

Ordnen wir, der gegenwärtigen Auffassung entsprechend, die uns bekannt gewordenen eigenthümlichen, chinesischen Masernsymptome, so ergibt sich wie folgt:

Fiebersymptome: Tschang dschih spricht von einem primären Fieber, beim Entstehen der Masern, von einem sekundären am 4ten Tage, von einer Dauer des Fiebers von 6—7 Tagen bis $^1/_2$ Monat, von kontinuirlicher Natur des Fiebers und endlich einer 6—7 Tage langen, anomal dauernden Kälte des Körpers. Dazu fügt er die apyretischen Masern.

Leider geht er auf die nähere Beschaffenheit des Fiebers nicht ein, obgleich gerade diese pathologische Abtheilung einen gewissen Glanz des Chinesen bildet, und so führt er uns nicht einmal auf die gewöhnlichsten Fiebervarietäten seiner Schule hin. Lehrt Tung y pao, dass man 3erlei Fieberordnungen zu beachten habe, deren eine um 1, 7, 4 und 10 Uhr ausbräche, die 2te um 3, 9, 6, 12 Uhr erscheine, die 3te um 5, 11, 2 und 8 Uhr debütire, bezüglich die kleine, die kurze, die übermässige Tiefe genannt, und lassen Casper's statistische Untersuchungen über den Eintritt der Geburten in der That die Erwartung zu, dass die einzelnen Tagesstunden*) nicht bedeutungslos für die Anregung der

*) Die Fieberlehre theilt in Morgen- (*tsaou*), Nacht- (*yih*) und Abend- (*gan*) Fieber die Pyrexieen ein, und fügt Gründe dafür an. (Tung ist also nicht, wie man behauptet hat, ein blosser Metaphysiker.) Das typische Shanghaifieber, von welchem Friedel spricht, wenn der Erzähler sich in seinem Berichte nicht geirrt hat, scheint eine Modifikation theils des sogen.

körperlichen Funktionen seien, so wird man vergebens Dschang fragen, ob nicht auch Masern erfahrungsgemäss für ihre Exacerbation, oder Eruption etc. gewisse Tages-, Nacht- oder Abendstunden wählen, oder ob zu gewissen Stunden die Ansteckungsfähigkeit bevorzugt sei. Er entspricht daher, in diesem Bezuge, nicht den Forderungen der chinesischen Schule.

Efflorescentielle Phänomene sind in Qualität:

Kühle.

Dickflüssigkeit, zum Unterschiede von Flachheit (Reiskornart), und Vesikeln.

Bunt gleich anfangs auftretende (hämorrhagische); bunte, die zugleich kalt (gangränös); aschgraue.

Grün und purpurroth am ganzen Körper ausbrechende (Skorbutische, wie es scheint; aber doch hören wir nichts von den obligatorischen Blutungen dabei).

Etwas stinkende. — Uebelriechende kleine. — (Von einem intensiver das Geruchsorgan affizirenden Phänomene (aashaften, wie Hebra vom Munde äussert) — wird nicht gesprochen.

Wenige, aber grosse und schmerzvolle. —

Fleischauswüchse. —

In Quantität nennt er uns

Ungleiche Mengen am Körper vertheilt.

Solche, die nur das Metopon befallen.

Nur an der Brust vorkommende.

Nur am Kopfe erscheinende.

„Feuchtigkeitsfiebers" zu sein, bei welchem der Schweiss aufsprudelt (Schweissperlen Friedel's), theils des Ermüdungsfiebers, das mit unbedeutender Kälte, dann unbedeutender Hitze beginnt, und bei welchem Hände und Füsse anfangs hartnäckig kühl, dann heiss werden. Allein vollständig passt seine Beschreibung auf keine der schulgerechten Spezies, wie er selbst auch die Brechneigung zu erwähnen vergessen hat. Was die Behandlung anlangt, so ist Arsen nicht allgemein, dagegen spielen Areca oder Betel gerade hier eine öftere Rolle.

Bloss halbseitig auftretende, ohne dass eine Lähmung schuld wäre; ohne sonstige Affektion, und ohne anderen Anlass, wie er angibt, als den Wind. Dieser soll auch den Kopf nur theilweise bisweilen streifen, wenn wir Dsch. richtig verstanden haben). Ungleiche Vertheilung am Kopfe habe ich allerdings erlebt, so dass mehr die linke Seite, Stirne und Hinterkopf befallen, die rechte Seite und der Oberkopf ziemlich frei waren. Der Ausschlag war gewissermassen fleckweise vertheilt, und hätte man nur bei einzelnen Stellen, wie beim Hinterkopfe und Nacken, sagen können, der Bettdruck habe seinen Beitrag zum stärkeren Ausbruche geliefert. Vollständig schien es mir aber, genüge diese Erklärung auch nicht, weil das Exanthem auch an unbedeckten Stellen zu sehen war. — Die Halbseitigkeit ist etwas Neues.

Mehr Ausschlag an den Füssen als am Gesichte.

Kein Ausbruch an der Stirne.

Theilweises Verschwinden des Ausschlages.

Endlich wird ausdrücklich von Maserngeschwüren gesprochen, die aufbrechen, grüngelblich aussehen und eine örtliche Behandlung erfordern. Hier ist der Ausdruck *Chwang*, den man anderweitig nur als Exkoriation deuten dürfte, nicht einmal in diesem Sinne aufzufassen, sondern geradezu für eine grössere Hautblüthe, vielleicht von pustulöser Gestalt, gebraucht und bezieht sich nicht auf eine etwaige krankhafte komplizirende Hauteruption, aus welcher er hervorginge, sondern ganz sicher nur auf das Masernexanthem, welches, — Dschang sagt nicht wie oft —, in solchem Falle einen heftig entzündlichen Charakter besitzen mochte und gewissermassen derivatorisch von der Lunge wirkte.

Ausser dieser seltsamen Bezeichnung, ist, unabhängig von diesen sogenannten Geschwüren, von blutigen Beulen die Rede. Ueber diese enthalten wir uns zur Zeit aller Erklärungsversuche, da Mancher vielleicht an Bubonen denken mag, aber sogar Ausdrücke für Bubonen ungemein schwer sich bewahrheiten lassen, wie ich in einem Kapitel, das, der Ueberschrift nach, vom weissen Flusse sprechen soll, wahrge-

nommen habe. Auch eine Deutung als Furunkeln fand ich nicht passend.

Nach Ordnung:

Zuerst am Kinne, an den Lenden, an Hand und Fuss, kurz an anderen Stellen, als am Kopfe, eintretend.

Nach Dauer:

Die beiden bekannten Modifikationen der kurzen und protrahirten, wobei aber die erstere das selbst Hebra und Güntner*) (Handbuch der Sanitätspflege 1865) noch unbekannte Beispiel von nur $1^1/_2$ Tagen aufzuweisen hat.

Aetiologisch

ohne genaue Angabe, ob nur die Efflorescenz dadurch betheiligt werde:

Verschiedener Verlauf, je nach Natur des herrschenden Windes aus Westen, Osten, oder Süden.

Unterschiede nach vorderer oder hinterer Körperfläche, Bekleidung, Reibung u. dgl., welche Hebra intonirt, werden nicht hervorgehoben und doch hat wenigstens der erstere Gesichtspunkt pathologische Aufmerksamkeit bei Tung erregt**), der uns nicht bloss mit einem allgemeinen Schema darüber bedacht, sondern Anwendung solcher Betrachtung auch in der Fieberlehre gemacht hat. —

Wir bekommen hier abermals von Taenia zu hören (*hwuy*), denen — seltsam genug — Antheil an den Masern zu-

---

*) G. weiss nur von einer 2tägigen Dauer zu erzählen. Alle diese Angaben sind aber äusserst kurz und schildern weder die Vorgänge dieser kurzen Zeit, noch etwa die späteren Folgen für Gesundheit und Leben.

**) In einem Schema, das unter 8 Rubriken die, je nach den Jahreszeiten mehr oder minder gefährdetem Körpertheile (Kopf, Schultern (linke oder rechte), Knie (linkes oder rechtes), Bein beider Seiten, Lenden und untere Gliedmassen, aufzählt. Wir bewahren dieses Schema dem Schlusse dieses Aufsatzes, da es sich hier nicht einreihen lässt. Es führt die Ueberschrift: die 9 *kwan's*, weil die 9te Funktion das Centrum einnimmt, um welches jene 8 als Radien sich gruppiren. — Sie sind aber verschieden von den 9 Funktionen, welche dem Bewegungscentrum des Menschen angewiesen sind.

geschrieben ist. Inzwischen hat Hebra der Komplikation mit Helminthen, die in China nicht ganz selten sein mag, gar nicht gedacht, und so bleibt es zu prüfen, ob allgemein Masern dazu beitragen mögen, einen Wurmabgang zu begünstigen. —

Da die Würmer nicht beschrieben sind, so lässt sich im vorliegenden Falle nicht entscheiden, ob sie wirklich, wie die Missionäre, auf Grund des platten Ansehens und der langen Gestalt, erklären, Bandwurm seien. Mitunter bin ich geneigt, den Ausdruck *kwuy* als falsche Benennung von Askariden anzusehen, doch kann ich zur Zeit noch nicht dasselbe über *Ting* und *Ying*, welches 2 andere Namen für Taenia oder Taenia ähnliche Helminthen sind, aussprechen. Friedel erklärt selbst, dass er über Vorkommen von Tänien in China in Unkenntniss geblieben sei. —

Stadienuntersohiede

werden nur gelegentlich und dabei äusserst sparsam bedacht. Wo sie zur Besprechung kommen, sind es Komplikationen, die an sie erinnern.

Die konkomitirenden Symptome sind aufmerksamer beschrieben und zwar:

Von Seiten des Allgemeinbefindens:

Psychische:

Vexirung des Gemüthes, Singen, zu starkes Sprechen, vielleicht wegen Gehörshalluzinationen*), Geschwätzigkeit, Schlaftrunkenheit, bei der aber Mania acuta transitoria sich nie zu ereignen scheint, und weder die den chinesischen Aerzten bekannte Geneigtheit zu Gewaltthätigkeit, noch Begehen gesetzwidriger Handlungen geschildert werden. Melancholische Verstimmung**), bei erhaltener Vernunft; öfter heitere Ver-

---

*) S. auch Dschang Bd. V, Kapitel vom Ohre.

**) Dies ist nun allerdings sehr allgemein angegeben und würde beispielsweise in Kiangsu gar nicht auf Rechnung der Krankheit kommen, da die dortigen Bewohner, wie Friedel meldet, sprüchwörtlich apathisch und furchtsam sind, bei kachektischen und anämischen Zuständen. In Futschau, dessen Eingeborene die stärksten und kräftigsten der chinesischen

stimmung (Lachen), zugleich mit Blödsinn; singendes Rezitiren von Büchern. Tobsucht äussert sich in Paou und selbst bei Dschang's Masernkranken fast nur durch Sucht, viel zu

---

Race *) sein sollen, aber mürrisch, streitsüchtig und schwer zu behandeln (nach Friedel) würden die obigen Resultate wohl ganz anders ausfallen und unser Autor mag diese Stadt wohl nicht im Auge gehabt haben; ebensowenig wohl Canton, woselbst Friedel den Charakter des grossen Haufens „bösartig und nichtsnutzig" nennt. So bereitwillig ich erkläre, dass die geographische Beachtung der Masern, auch chinesischer Seits, mich nicht befriedigt, so ungegründet finde ich die Friedel'sche Behauptung, dass die chinesisch-mediz. Literatur beinahe leer von Erwähnung des Wahnsinnes sei. Im Gegentheile haben Dschung und Tung y jeder den Geisteskrankheiten einige Kapitel gewidmet, nur heist *kwang* nicht, wie Friedel angibt, Manie (Tobsucht), sondern Gemüthskrankheit überhaupt, und *Tien* nicht Dementia, sondern Geisteskrankheit**); bisweilen sogar blos Epilepsie oder Kon-

---

*) Im Allgemeinen ist der Chinese nicht von so hoher Statur; aber doch gibt es ausnahmsweise sogenannte Riesen unter ihnen, wie in diesem Augenblicke in England (London) ein 7′ 8″ hoher Chinese Namens *Chang woo gow* sich befindet, der schon 2 Generationen vor sich hat, von ähnlich hohem Wuchse, so wie der neben ihm befindliche 30jährige *Chang chow*, ein nur 3′ hoher Zwerg, als Gegensatz steht. Ihre Geburtsorte sind nicht angegeben

**) *Kwang* und *Hien* werden nach dem Pulse definirt, nicht nach psych. Zeichen: „Lehnt die tiefe Pulsordnung sich an das hohe, so ist *kwang* umgekehrt *Hien*. *Tien* heisst lachende Geisteskrankheit: Es gibt deren 2 Arten: nicht auf einmal hervorbrechende (soll vermuthlich (chronische, oder) sekundäre bedeuten) und die schlimmere, auf einmal hervorbrechende (primäre). Sie wird nun nach 3erlei Arten von Pulsen eingetheilt (leerer, voller oder hastiger, *pŏ*). *Tien* geht aus Vexation hervor, ist also für gewöhnlich sekundär; charakterisirt sich als Verworrenheit und Agitation — (Verwirrtes Sprechen, Singen, Lachen, Aeusserung schmerzlicher Gefühle, übergehend in Aufheiterung), — ist also unregelmässiger Wechsel oberflächlicher Gemüthsbewegungen und wesentlich ein psychischer Schwächezustand. Es scheint, dass es in aufgeregten Momenten zu blutigem Speicheln kommen könne („geifert, Speichel roth"). Im *Téen* bildet sich zuerst *noo*, Leidenschaftlichkeit, dann folgt Gemüthsleiden *kwang*; — *kwang* ist vorzugsweise Exaltationszustand.

sprechen und führt gleichfalls nie zu Gewaltthätigkeit, war daher wohl nur milderen Grades und vorübergehend; ging auch ohne Gesetzwidrigkeiten ab. Noch wäre Aufregung zu bemerken. „Zählt die Tage, isst nicht". Zu starkes Sprechen. Steigerung des Bewegungstriebes, eben lediglich durch Kauen an den eigenen Fingern, in Dschung angedeutet. —

Physisch:

Eiskalter Körper, Erschöpfung der Kräfte.

Von Seiten des Nervensystemes:

Kopfschütteln (Spasmus nutans), Zähneknirschen*) (im prodromalen Stadium), schiefer Kopf**), Zusammenkneifen der Finger, Mundverschluss, Paralyse.

Schlaf (Somnolenz und vielleicht gelinder Grad von Sopor, da der Kranke den Schmerz nicht empfindet. Auch Agrypnie.

Wie der Charakter der Sinesen überhaupt zu nervöser Erregbarkeit (nicht, wie Friedel behauptet, Phlegma) neigt, so auch in Masern mehr excitative, als anästhetische Erscheinungen. Von Reflexphänomenen wenig.

Im Gebiete der Cirkulation:

Nasenblutung, unstillbar und hellroth, aber doch wohl

---

vulsionen; denn es wird ausdrücklich angemerkt, dass das, was bei Erwachsenen *Tien* genannt werde, *Hien* bei Kindern heisse und der letztere Name beschreibt die Eklampsie der Kinder. Auch nennt Tung die Krankheit *Tien hien*. Dass der bleibende Wahnsinn durch Masern erworben sei, erklären aber weder Dschung noch Tung. Die ausführlichen therapeutischen Angaben gegen *Kwang* und *Tien* lassen nicht annehmen, dass Geisteskrankheiten bei Chinesen so selten seien wie Friedel nach Hobson es vorgibt, wohl nur, um seine Unerfahrenheit zu bemänteln.

*) Roncati (la diagnosi delle malattie del petto del ventre e del sistema nervosa 1865) begnügt sich mit der schlichten Erklärung, dass dieses Zeichen einer Affektion des Trigeminus angehöre und lässt die Gelegenheit zu eingehenden Untersuchungen über diesen vielleicht aus Anämie erzeugten Zustand gedankenlos vorüber.

**) S. Anm. Ende des Textes.

nur venös, bei entzündlichem Zustande, denn dieser Blutung werden keine Folgen arterieller Blutung beigesellt.

Lungenblutung*) wird nur vorübergehend und nicht so umständlich erwähnt, dass man das Bild einer Pneumonie abstrahiren könnte. Magenblutung (von mir beobachtet) ist nicht erwähnt.

Respiratorische Funktionen.

Nasenaufregung, Spiel der Nasenflügel, anhaltendes Tönen, Ausstrecken des Mundes, Erheben der Schultern, starker Husten, unstillbarer Husten, Brustbeklemmung, Schneutzen, Tönen. „Das Keuchen kann heilen, aber nicht der Husten."

Auch Stummsein begegnen wir und zwar einem, aus nicht cerebralem Ursprunge, keiner Aphasie, auch nicht einem mit Stimmlosigkeit identischen. (In einem von mir erlebten Falle von Masernstummheit, bei einem Knaben, ging das Leiden durch Naturheilung wieder vorüber und heute, nach mehreren Jahren, spricht der Knabe noch ganz gut, wenn nicht vielleicht etwas Timbreveränderung geblieben ist.)

Stimmbezeichnungen nach europäischer Art, wie krähend u. dgl. mehr, hören wir nicht und lesen eben so wenig Etwas, das man, auch bei der raffinirtesten Probe, als Analogon des Krähens deuten dürfte (vgl. unten). Dagegen ist von *Sighing* die Rede, was Manche als Seufzen, Andere als Wiehern deuten. Wegen dieser Ambiguität werde ich mich gelegentlich des englischen Wortes bedienen.

Im Verdauungssysteme:

Mundkrankheit.

(Bei einer so schlichten Angabe sollte man meinen, der Chinese wisse nichts weiter davon; allein hier ist blosse Nachlässigkeit im Spiele, denn da, wo (Band 4 Buch 4, letztes Kapitel) die Mund- und besonders die Lippenkrankheiten

*) Bei Masern dürften Chinesen nicht oft und nicht viel bluten, da von den zahlreichen Hämorrhagieen, deren ihre Handbücher gedenken und von denen z. B. in der Kinderwelt bei der Nackensteifigkeit die so wenig gekannte Thränenblutung eine Rolle spielt, nur jene obige 2 vorkommen. S. Anm. Ende des Textes.

besprochen werden, da ist von einem verbrannten, trockenen, heissen mit Augenblinzeln verbundenen, von einem kalten, dann geschwollenen, mit weisser Haut und Gesichtsrunzelung komplizirten Munde, von Seidenwurmcocon-lippen, von Lippengeschwür, das einem solchen Cocon ähnlich sei, die Rede; sodann von Lippenleiden mit Gesichts- oder Halsschwellung, als Folge der 7 Leidenschaften, von Lippenleiden durch Wind, Magenschleimhaut, oder Leber, Niere, Magenaffektion und solchem, das sich zu Wangenleiden gesellt, — allerdings nicht systematische, aber reichhaltige Besprechung. Warum ist nun die obige Mundkrankheit nicht näher definirt? Solcher Fehler macht aber Dschung sich öfters schuldig). —

Salivation. Dieser Ausdruck wird so häufig gebraucht, dass man wohl daran denken muss, es sei etwas Anderes unter ihm verstanden, als was wir gewöhnlich uns vorstellen. In der That erklärt Tung y, man müsse Saliviren, Geifern und häufiges Schlucken unterscheiden. Diese 3 seien nicht ein und dasselbe, aber indem er auf die Erklärung eingeht, äussert er lediglich: Salivation, dies sei reiner Speichel, Geifern sei Verschlucken, erzeuge im Magen Ansammlung, mache Erbrechen, was darauf hindeuten würde, dass er das Wassererbrechen nach verschlucktem Speichel als Geifern aufführen will. — Sodann unterscheidet er die Natur des Sekretes, ob dasselbe rein- oder schmutzig-wässerig sei und stellt hernach 8 Hauptarten von Salivation auf: die stopfende *(Che)*, die indigestive durch gieriges Wassertrinken; die Getränksalivation, die Salivation durch überreichliches Trinken, die giessende *(low)*, die *Heue* trinken *saliv.* (durch unterbrochenes, suspendirtes Trinken entstehende), die durch gewaltsames Trinken (mit Widerstand) entstehende und die durch Prostrationstrinken. Von der letzteren Art heisst es: „Das Zwerchfell oben salivirt, voll, Keuchen, hernach vielleicht Erbrechen; es treten Kälte, Hitze hervor, zugleich Schmerz, Lendenschmerz, Thränen der Augen. Dies entsteht von selbst.“ Nun werden die akut entstehenden Salivationen in 10 abgetheilt, ohne dass wir den Zusammenhang mit den ersteren 8 erfahren; sie sind ätiologisch geordnet und heissen:

„Windsalivation, Kälte-S., Feuchtigkeits-S., Hitze-S., Vexirungs-S. *), Athem-S., Essens (Ueberessens)-S., Trinken-S., Wein-S. und Erregungs-S.“, also nicht so, wie die Sinologen angeben, 6, sondern zusammen 18 Abarten der Salivation wohl unterschieden. Auch sieht man, dass dem Trinkakte, der Menge und Natur des Getränkes eine besondere Bedeutung für den Salivationsakt zugeschrieben wird, wohingegen nichts von einer Quecksilber-, Kupfer-, Blei- und Digitalis, ja nicht einmal der durch Betel, dessen Tung sich öfters bedient, entstehenden Salivation verlautet. Ganz eben so übergangen sind Mundschleimhaut-, Zahn-, Zahnung-, Knochen-, Zungen-, Parotis- und Submaxillardrüsenaffektionen als Ursachen, hingegen fällt die letzte der obigen 8 Arten, nämlich die *fuh*-salivation mit der, von Bamberger angezweifelten, „idiopathischen Sialorrhoea“ zusammen. Was ferner Bamberger seine erste Reihe nennt, das unterscheidet Tung y noch in eine Magenschleimhaut und eine von B. nicht erwähnte Magensalivation. Was B. als 2te Reihe aufführt, die durch veränderten Nerveneinfluss entstehende, so hat der alte Tung den besseren Ausdruck Vexirungs-Salivation dafür geschaffen, wodurch Nerven und Gemüth richtiger inbegriffen sind. Den von Tung mitgetheilten Einfluss des Trinkens und Athmens kennt weder Bamberger, noch sonst ein neuerer Pathologe. — Im weiteren Verlaufe der Tung'schen Abhandlung kommt noch eine Salivation durch „Alter“, eine „kurze“, „Fragment“, reichlich geifernde *(l'ho)*, und eine unverknüpfte Salivation vor. Dies würde 23 Salivationsarten ausmachen und jede wird in besonderer Art therapeutisch behandelt, so dass man das individualisirende, ärztliche Prinzip nicht leicht irgendwo selbst bei dem Therapeutenmatadore Kissel, so ausgeprägt findet. Unser Masernautor hätte also Gelegenheit gehabt, die in seiner Zymose auftre-

*) Indem Tung die Vexirungssalivation aufstellt, fällt die Neuheit der Ludwig'schen Entdeckung einer Abhängigkeit des Speichelns vom Nerveneinflusse als eine bereits längst bekannte Sache, jetzt hinfort und wird blosse Anschaulichmachung einer chinesischen, allgemein gehaltenen Lehre. —

tende Salivation näher zu beleuchten und uns manche noch fehlende, aber ganz wünschenswerthe Erfahrung mitzutheilen. In der von ihm gegebenen Gestalt lässt das Symptom als Diagnosticum sich nicht benützen. —

Fingerkauen, ein allerdings nicht alltägliches Merkmal.

Lippenverbrennung 3er Grade, nämlich bei geringer Hitze, bei starker mit fleischrothem Aussehen, bei purpurner und schwarzer Färbung, nebst moderigem Geruche (Gangraena labior.).

Lippen- und Zungensprünge und Risse.

Mund- und Zungengeschwüre. Hier lässt nicht einmal die Exkoriation sich herausfinden und eben so wenig Diagnose auf Aphthen sich stellen. Dagegen möchte man, aus dem 2ten Bande Dschang's zu schliessen, irgend einen, das Athmen hemmenden Tumor vermuthen. Europäer, die eine Zungensymptomatologie wie die chinesische besässen, würden sich auf diese berufen. Dschang verschmäht es.

Zungenleiden treten auch isolirt auf und gleichfalls in verschiedenen Graden, die sich bis zur Gangrän zu steigern scheinen.

Schmerzhafte Schlundschwellung.

Zahnkrankheit (Karies), aber wohl nicht idiopathische, sondern nur symptomatische durch Gangraena oris (die Zähne fallen aus), oder Stomacace. Für skorbutische fehlen die Mundblutung und der Geruch.

Bandwurm *(hwuy)*.

Erbrechen von Bandwürmern *(hwuy)*.

Purgiren am Anfange (vor der Eruption), als blosse Diarrhoe.

Purgiren nach der Eruption, gefährlich und mehr von dysenterischem Charakter, da mit Blut und Eiter gemischt und „nicht heilend". Diphtheritisches Darmleiden aber ist es nicht, so weit aus der Beschreibung sich erschliessen lässt. Um sicher zu sein, ob der Verf. durch blosse Angabe von Beulen den ganzen übrigen Symptomenkomplex dessen, was er Darmbeulen nennt, voraussetze, ging ich dieses Kapitel *(Ch'hang yun*, Darmbeulen oder Geschwüre) im 2ten Bande seines Werkes fol. 84 sorgfältig durch, fand zwar Eigenthüm-

lichkeiten, aber keine Beschreibung einer etwaigen Diphtheritis. Diese Krankheit ist also unter dem Ausdrucke des „Blut- und Eiterpurgirens“ nicht anzunehmen. Was er noch sonst davon sagt, klärt nicht weiter auf: „Purgiren“ (das oben genannte) „entsteht durch Hitze, oder“ (und dies scheint für schlimmer zu gelten) — „durch Kälte, ist oft mit Leibschwellung“ verbunden, die man sich, dem chinesischen Wortlaute nach, hier aber nicht nothwendig als Beule deuten kann, vielleicht aber nur Flatulenz, oder schlimmsten Falles Meteorismus kaum als Ascites. Man liest nichts von Stuhlzwang bezüglich der Entleerungen, von Reflex- und Allgemeinerscheinungen, von Erbrechen, von den sekundären Erscheinungen der Dysenterie und dgl. mehr. Wie viel von allen den zur Diagnose eines primären oder sekundären Darmkrups oder einer Darmdiphtheritis in den Kapiteln über Purgiren u. dgl. mehr enthalten sei, kann ich zur Zeit nicht angeben, aus Dschung's Beschreibung aber lässt die genauere Diagnose hier sich nicht stellen, und ganz leicht muss es selbst im Lande nicht sein, sie feiner zu geben, denn Friedel spricht nur von Diarrhoe und Ruhr, wie der Chinese selbst, ohne irgend etwas über Follikularverschwärung, sekundären Darmkrup u. dgl. mehr verlauten zu lassen. Seltsam genug nennt Mayr in dem Masernabschnitte, den er statt Hebra bearbeitet hat, Ruhr zwar als Nachkrankheit, vergisst jedoch absolut, auch nur das Mindeste über sie zu sagen. Nicht besser ergeht es Förster in Dresden, der, trotz einer ziemlichen Anzahl eigener Masernbeobachtungen, doch nichts Eigenes über Krup und Diphtheritis bei denselben zu sagen weiss, sondern nur Fremdes kopirt. Höegh, seinerseits, der 320 Diphtheritische beobachtete, hat den Zusammenhang der in Rede stehenden Affektionen mit Masern nicht aufgefasst. Parsons in Providence spricht zwar, als Augenzeuge, von der Ruhr bei Masern, schildert sie aber nicht näher und fördert uns nicht bezüglich des Darmkrups. — Man legt allerdings zu dessen Diagnose auf konkomitirenden Krup anderer Organe Werth, allein der Chinese stellt die Symptome nicht wie wir in Zusammenhang, sondern erläutert jedes isolirt, als wäre es eine selbstständige Erkrankung. — Der Leib-

schmerz, von welchem er in einem gesonderten Paragraphen spricht, theilt dieses Schicksal, und wird von allerlei, nicht hierher gehörigen, Ursachen abgeleitet; von dem bei der Diarrhoebeschreibung heisst es kurzweg, dass er von der Leibesschwellung komme, eine Zeitlang dauere, eine Zeitlang stillstehe. Bei der Seltenheit des Krups in China wäre es gewagt, auf Grund so weniger Zeichen einen Darmkrup anzunehmen. — Endlich wird nicht einmal der Sitz des Geschwüres angegeben, obschon es dem Chinesen nicht an topographischen Bezeichnungen fehlt. Eines Einflusses auf Gemüthsstimmung, den man bei Jejunum- und Ileumgeschwüren bemerkt, wird nicht gedacht. —

Angehaltener Stuhl („Stuhl rauh und schwierig"). Doch wird nicht bemerkt, dass er bei dem dysenterischen vorkomme.

Stuhl purpurroth und sehr schwarz.

Die Urinwerkzeuge boten:

Urinentleerung schneidend und unaufhörlich (im Eruptionsstadium); Urin schwierig. Also Dysurie entzündlicher Art; der Urin fleischroth, rauh *(seih)*, was hier vielleicht = crude, bodensatzlos, wie im akuten Rheumatismus, besonders der Muskeln, zu nehmen ist, wo ich ihn gleichzeitig sehr sauer fand. Gewöhnlich ist *seih* auf die (schwierige) Entleerung bezogen. —

Die geschlechtliche Sphäre

erfreut sich bei chinesischen Pathologen immer nur der dürftigsten Anerkennung, obschon die dem Paou beigegebenen Zeichnungen darthun, dass dem Arzte nicht allein bei Sklavinnen, sondern, und noch viel öfter, bei freien Personen weiblichen Geschlechtes, die Besichtigung der Geschlechtsorgane gestattet ist. Aber gerade männliche Organe werden nicht zur Schau getragen. Da Geschlechtstheile in Hebra gar nicht vertreten sind, so gibt Dschung immer noch mehr, indem er die Masern der Schwangeren nennt, wobei dem Europäer auffällt, dass er der Schwangerschaftszunge nicht gedenkt, als wäre es ihm darum zu thun, den Erkenntnisskreis der Schwangerschaft zu erweitern, ohne des bereits Vorhandenen sich zu bedienen. Von Gangraena vulvae ist nicht

die Rede. „Zerstört ein Ei“ (*lwan*) ist, da *lwan* auch Testikel bedeutet, vielleicht als Hodenbrand zu deuten, was ich aber ohne weiteren Kommentar noch nicht für unzweifelhaft ausgeben möchte.

Die Sinnesorgane gewähren uns:

Entweder Theilnahmslosigkeit oder Katarrh, eiterige Sekretion, Bindehautröthe und schmerzhafte Schwellung des Auges. — Von Augenkrup und Diphtheritis nichts. Schwerhörigkeit, Gehörshalluzinationen.

(Höegh hat in der Diphtheritis Paralyse, aber nicht Irritation des N. acusticus, wahrgenommen. Es dürfte uns also, da die Schwerhörigkeit für gewöhnlich bei Masern rein katarrhalisch ist, nicht gestattet sein, einen Masernkrup des Gehöres hier vorauszusetzen). Gangrän des Ohres hier entschieden nicht vorhanden. Schneutzen, Ozaena catarrhalis. —

Zungengeschwür. (Mund- und Zungengeschwür. Ob Aphthen, ist nicht klar.) Auch eine Andeutung einer Geschmacksaffektion ist vielleicht anzunehmen.

Sehr heisse und doch nicht schwitzende Haut, kalter Schweiss, oder gar kein Schweiss; Kälte bis Eiskälte; Verstreichen der Hautlinien, Vordrängen des Nabels, zu dem freilich die Leibschwellung (sei sie der wirklich in China häufig beobachtete Ascites oder Tympanites), so wie, im besonderen Falle, die Schwangerschaft Anlass geben konnten. Dass sie nicht Vorgängerin kritischer Darmentleerungen ist, ergibt sich, weil letztere überhaupt nicht in kritischer Form eintraten. Auch einen Zusammenhang mit spinaler Lähmung fand ich nicht. — Jucken am ganzen Körper; endlich schmerzhafte, blutige Beulen. Was unter selben zu verstehen sei, wird sich schwer ausmachen lassen, da sonst niemand derselben gedenkt, und Furunkeln sonst eben nicht hierher gehören. Tungy bespricht im 2ten Bande seines Werkes, aber wieder ganz ohne Bezug auf Masern, mehrerlei schmerzhafte Beulen an der Körperoberfläche und rechnet zu ihnen auch gelbe, die bei der „gelben Gelbsucht“ in Scene treten. — Oedeme des Gesichtes, der Augen und Gliedmassen sind nicht zu verkennen, was vielleicht auf erysipelatöse Schwellung sich bezieht. —

Im Bewegungssysteme.

Fingerkauen, Zähneknirschen im Eruptionsstadium, bisweilen auch in der Effloreszenz, wo dann Anomalie des Ausbruches.

Die Dauer der Zymose

nannten wir bereits. Durchlief die zu kurze alle Stadien, war sie abortiv, wodurch war sie bedingt? Darauf antwortet der Chinese nur: „Kurzer Einfluss“ und für den Gegensatz „langdauernde Krankheit.“

Mehr im Allgemeinen bemerkenswerth wäre noch die Reaktion gegen schlechte Diätetik. Bekanntlich hat Scherzer für das Capland darauf hingedeutet, dass die Ausartung der Masern auf Rechnung einer fehlerhaften Diät kam. In eigener Praxis erlebte ich schon vor Dezennien die bösen Folgen der Uebertretung meines Verbotes diätetischer Missgriffe — (Wurstgenuss) — als harte Strafe. Der Chinese hingegen steht im Rufe grosser Enthaltsamkeit und Mässigung in Genüssen. Gleichwohl spricht Dschang davon, dass Masernkranke Pfirsichkerne, mit, wie es scheint, nicht gleichgiltigem Erfolge, verschluckt haben. Andere Male ist vom Genusse des Weinessigs die Rede, der wohl behufs der Unterdrückung des Ausschlages genommen wurde; ebenso von Schweinefleisch, eine der chinesischen Hauptdelikatessen und, nach Simon's Mittheilungen aus Shanghai, die am meisten verzehrte Fleischart Tung warnt vor Essenssünden bei Zymose.

Bei einer Uebersicht der hervorragendsten Symptome wird es nun allerdings auffallen, dass die Ordnung der respiratorischen einen so geringen Umfang einnimmt und scheinbar keines Beweises bedürfen, dass das Athmungssystem nur wenig durch Masern zu dulden habe. Allein Hobson und Friedel behaupten, dass der Krup in China vorkomme, der Erstere will auch den Keuchhusten in den südlichen Provinzen des Reiches annehmen und Friedel, der die Tussis convuls. für unbekannt in Canton erklärt, erzählt von Tuberkulosis, Lungenphthisis, Pneumonie, Bronchitis, Asthma, Bronchorrhoea, die er mehr oder minder zahlreich beobachtet habe. Wie geht es nun zu, dass Krankheiten, die im Lande auftreten,

nicht bei Masern, wo sie so gewöhnlich entstehen, gleichfalls erscheinen? Ist es die Behandlung der Aerzte, welche den Ausbruch der Abwege verhütet? Beruhen die Angaben der Reisenden und Fremden überhaupt auf Täuschung? Liegt es nur am Stile der einzelnen Autoren, dass wir die gefährlichen Respirationskrankheiten nicht aus den einzelnen Symptomen zu erkennen wissen?

Hierauf erwidere ich vor Allem, dass selbst die beste Pflege es doch nicht verhüten könnte, dass Krup, Diphtheritis, Tuberkulose, Pneumonie ausbrächen, und ja nicht alle Erkrankten eine hinreichende Pflege geniessen werden, um der etwa möglichen Entartung zu entgehen. Das pathologische Handbuch muss daher alle reellen Ausgänge kennen und beschreiben, und wenn es dies nicht thut, so lässt sich annehmen, dass die gesuchten Formen nicht vorhanden sind.

Nun finden wir die respiratorischen, uns betreffenden Leiden in zweierlei Kapiteln beschrieben, nämlich in dem von dem Husten, und in dem von ihm getrennten, über die Krankheiten der Seiten. Wir müssen uns mit denselben vertraut machen, sowohl um zu erfahren, ob der chinesische Arzt wirklich so unaufmerksam ist, wie Friedel es ihm vorwirft, als auch, um eine etwaige Uebereinstimmung der Differenz der sinesischen und der ausländischen Meinung zu ermitteln. Denn es steht fest, dass der Eingeborene mehr als der Fremde zu Gesicht bekommt. Wenn fremde Hospitäler von 1835—60 nur $^1/_{150000}$ ihrer Kranken als morbillös zu nennen wissen, Chinesen aber zahlreiche Monographieen über Morbillen schreiben, so kann man Fremde nicht als absolute Autoritäten gelten lassen.

Was erzählt uns also der Chinese und welche respiratorischen Folgekrankheiten erblicken wir in chinesischen Schriftstellern?

Tung berichtet uns von nicht weniger als 16 Hustenarten, was zur Genüge beweist, dass seine Landsleute zu Athmungskrankheiten nicht undisponirt sind und wenn sie bei Gelegenheit einer Zymose nicht von ihnen ergriffen werden, so muss diese Zymose für sie kein starkes Excitans sein. Er zählt: den Wind-, den Kälte-, den Feuchtigkeits-,

Hitze-, Vexations- und Ermüdungshusten; den durch Essensansammlung; den Athemhusten, den Salivations- den trockenen, den Bluthusten, den Getränk-, den Langezeit-, den Feuer-, den Nachthusten, den Grosshindernisshusten. Ausser diesen 16, gewissermassen für einfach genommenen, Formen werden komplizirte Arten vorgeführt, nämlich Keuchen und Husten, das in ein leeres und volles abgetheilt wird; Keuchen mit Husten, Brennen und *Sighing* (Seufzen) eine fieberhafte Spezies; hartnäckiger Husten mit Rasseln, hartnäckiger Husten als Folge von Diarrhoe, hartnäckiger Husten nach Verstopfung durch Essen, übermässiges Grinsen, hartnäckiger Husten und Hüsteln (*k'how*), Keuchen und hartnäckiger Husten (*sow*). — Selbst Saamen soll Husten erzeugen, gilt aber nicht als besondere Spezies und wird deshalb hier nicht aufgeführt.

Wir werden diesen, für jetzt noch zu ausgedehnten Gegenstand in unserer folgenden Abhandlung sorgfältig erläutern, — müssen uns aber noch über ein Symptom rechtfertigen, das füglich nicht ohne Weiteres den Verdauungssymptomen eingereiht werden durfte. Wir greifen nämlich aus der Menge der Symptome die Leibschwellung heraus, weil Hebra es nicht gelten lässt, dass die letztere ein Masernsymptom sei. Für ihn ist sie eine zufällige Nebenerscheinung und gehört der Ablaufszeit der Zymose an. Der Chinese anders und da derselbe die Masern, nicht wie wir, als einen respiratorischen, sondern als einen gemischten Feind („entgegenstehenden Gast"), sowohl der Lunge wie des Magens gelten lässt, so ist der hier zu besprechende Gegenstand ein Kardinalpunkt.

Was sie auch sei, so wäre sie etwas Neues und die erste Frage die: ist Grund vorhanden, solche Neuigkeiten als wesentliche zu nehmen, oder gehört ihnen in der That nur die Bedeutung eines Zufälligen an? Hernach erst kann uns daran gelegen sein, den Inhalt der Leibschwellung eines Weiteren zu prüfen.

Der Chinese hat Eigenthümlichkeiten, selbst sehr viele und so zahlreiche, dass es vielleicht nothwendig wird, mit

der wissenschaftlichen Beschreibung einer Krankheit nicht eher zu beginnen, als bis wir die Raçensemiologie gehörig verglichen haben.

Schon mehrfach machte ich auf die absonderlichen Phänomene aufmerksam; aber wir müssen behutsam sein, weil gerade in dem Chinesischen unter einer Absonderlichkeit zuweilen nur Bekanntes in seltsamem Gewande Parade macht. Selbst das Rücken*kan*, dessen Beschreibung wir gaben, könnte dieser Art sein. Bei Rückendarre haben wir das anhaltende Kriebeln entlang des Rückgrates und dies scheint es nicht zu sein, beim Bandwurm den anhaltenden Rückenfrost, der vielleicht zu dem Schlagen des Rückens Anlass gibt und an diesen Frost hätten wir selbst einigen Grund zu denken, weil Tung von Würmern (Insekten) spricht. Andererseits ist das Fingerkauen bei Masern zwar nicht beschrieben, aber doch vielleicht auch im Abendlande vorhanden; denn noch vor Kurzem fiel es mir bei einem etliche Wochen alten Kinde auf, bei dem ich es nur auf einen chronischen Magenkatarrh zu beziehen wusste, der noch lange fortdauerte, und dass Magenkatarrh eine Theilerscheinung der Masern sei, müssen wir für viele Fälle dem Chinesen zugeben. Allein es existirt eine andere Reihe von Symptomen, welche ganz auffallend häufig in China beschrieben werden, ohne dass bisher für uns, vermöge unserer Nachforschungen, ein Grund vorläge, subjektive Täuschung des Gesichtes und der Wahrnehmung überhaupt anzunehmen, und thut sich zunächst durch Verfärbungen der Haut kund. Das Hellrothe und Purpurrothe möchten wir nicht gerne hierher rechnen, sie sind fast nicht mehr, als unser Weisses und Rothes, das Grüne ist wahrscheinlich in den meisten Fällen unser Kyanotisches, aber das Schwarze ist zuweilen so frappant, dass es nicht mit schmutziger Färbung identisch sein kann. Selbst dies für einzelne Male zugegeben, ereignet sich bisweilen Weisses beim Chinesen, wo bei uns umgekehrt eine dunkle Tintirung eintritt, und ausser diesen Farbenänderungen begegnen wir, in sehr grosser Häufigkeit durch Gesicht wahrnehmbaren, grösseren Erscheinungen, die in Europa und sonst zu dem Gebiete des Seltensten gerechnet werden. Grundeigenthümlichkeiten nehmen

wir deshalb an, mit hoher Wahrscheinlichkeit ist die chinesische Reaktion eine andere, als die abendländische.

Tung y pao kian nennt uns in seiner Erklärung des Gesichtsdiagrammes 5 vorragende Gesichtstheile (wie Stirn, Nase, Wangenknochen) „Berge". Ihre Röthung entstehe durch Hitze, ihre Blässe durch Erschöpfung. Sie können aber auch schwarz, grün u. s. w. werden. — Bei uns wird eine schwärzliche Nase auf Erschöpfung bezogen. Von dem syphilitischen Nasenspitzenflecke kleiner Kinder sehen wir, wegen unserer Aeusserungen über die Syphilis jetzt ab, ganz eben so von der gelblichen Nüancirung und allen von Vincenzo Tanturri gegebenen, uns hier nutzlosen Erläuterungen. Aber nun heisst es, original bei Tung, weiter: Erscheine die Schwärze an den Verbindungsplätzen der Lippen, so erkenne man an ihr, der Kranke werde durch Purgiren, Durchfall (*Sëay le*, zahlreiches Purgiren) sein Ende finden. (Hier dürften wir nur eine entfernte Analogie mit ihr, in der, hier zu Lande, bei fauligen Krankheiten, an den Lippen selbst auftretenden annehmen.) Die Schwärze aber, — und dies ist eine noch sehr fruchtbare Bemerkung, — entspringe aus dem Leibe. Denn, wie wir heutzutage, bei der nahebei, insbesondere punktirt auftretenden, hier entsprechenden Hautverfärbung, die mir, in meiner Praxis, längst vor Addison, bei Kachektischen, vorgekommen ist, wo nicht an die Milz, da gleich an die Nebennieren denken, so sieht, seit alten Tagen, der Chinese, den Quell der melanotischen Phänomene, in den Nieren. Den Grund gibt er nicht an, vielleicht aber, so stelle ich mir vor, weil er die Niere schwarz oder schwarzumhüllt gesehen zu haben glaubt. Die abendländischen bedeutenden und bedeutungslosen Monographen der Nierenaffektionen scheinen es ganz ausser Acht zu lassen, den Quell der Melanose, Nigrities etc. auch in den Nieren zu suchen und die Addisonisten haben noch keine chemische Untersuchung ihrer Nierenkranken vorgenommen. — Weiter erklärt Tung: Finde das linke *Tha ping* (liegt etwa an der Grenze des Tuber frontale und der Schläfengrube) sich schwarz und grün, so lasse das auf

Milchansammlung schliessen, während gleiches Zeichen, rechtsseitig, auf bedenkliche Aufregung hinweise. Schwarzer Augapfel deute auf Beides. Grünes *The ko* (Erdpfeiler; die untere Fläche des Kinnes) stamme von der Niere, komme bei nächtlichem Weinen vor; grün und schwarzer Nasenrücken bei gefährlicher Verwundung, schwarzes Aussehen bei *Le*krankheit (Durchfall); fleischroth und schwarzes bei Erbrechen und Purgiren (Darmkatarrh) etc. Solche Zeichen können nicht leicht auf Selbsttäuschung beruhen, auch ist ja die Hautfarbe des Chinesen, den ich nicht mit den viel weisseren Mongolen zu verwechseln bitte, schon von Natur ein schmutziges Gelb. Es würde mich zu weit führen, hier auf die 3 *kwan's* Dabry's am Zeigefinger einzugehen. *Kwan* bedentet so viel als Verschliessen und der Leser würde mich wieder fragen, warum der Puls ein verschlossener heisse. Die *kwan's* hat man in schräger Richtung zum *Hoo k'how* (Tiegermund) zu suchen. So wird der Daumenballen von Tung bezeichnet, während man es erklärlicher fände, die Ausspreizung zwischen Daumen und Index mit diesem Bilde belegt zu sehen; aber da ist das Zeichen nicht hingesetzt. Die 3 *kwan's* haben nun auch bei Tung vielerlei Verfärbungen zu erdulden, die noch nicht in's Klare gebracht sind. In meiner Praxis habe ich bei Neugeborenen jüngsthin darnach gesucht, aber noch nichts gefunden. Für China könnte es gleichwohl eine Wahrheit enthalten. — Eine Vorsicht muss ich bei dem Worte „Schwarzfleck" empfehlen; es bedeutet zuweilen das, was bei uns „ein Jota" also etwas sehr Geringfügiges, Unbedeutendes. — Parallel den anatomischen, hier erwähnenswerthen Zeichen, als deren Beispiel im Grossen die ganze Zungensymptomatologie des Chinesen dasteht, begegnen wir, in der Kinderwelt, äusserst häufig funktionellen Störungen des Nervensystemes. Der Schiefkopf, die Kontrakturen sind häufig in akuten Leiden, zumal Zymosen, auch da, wo bezüglich in unseren modernsten und dickleibigst geschriebenen Pathologieen nichts zu lesen ist. Die Aufregung (*king*) des Kindes ist bei Tung y, der sie von

Erschöpfung herleitet, ein sehr weitläufiges Kapitel. Auf das Zähneknirschen, die Jaktation, das Schimpfen, das Gähnen (Oscitatio, und nicht das am Ende heftiger Hustenanfälle der Kinder) leitet er unsere Aufmerksamkeit gar nicht selten hin. Die Kontraktion der Hände und Füsse tritt fast in dieselbe Häufigkeitsreihe ein. Von Seiten des Gefässsystemes sind die Nieren- und Mastdarmblutungen so auffällig, dass wir uns fragen, warum kein in China gewesener europäischer Arzt bis jetzt nach dem von Billharz und Griesinger geschilderten und jetzt abermals (Arch. für Heilkunde 1866, 1) im Caplande bestätigten Distoma haematobium gesucht hat. Oder sollen wir sie mit Handfield Jones den Paralysen der Gefässnerven zuschreiben? Da das Gefässnervensystem, dessen Entdeckung im Grossen mir gebührt, ein Theil des Arterienbezirkes ist, und man von Nerven der Venen gar nicht, oder nur ausnahmsweise zu sprechen das Recht hat, so würde auch die Parese noch einer langen Diskussion unterwürfig sein, aber immerhin empfehle ich sie der Beachtung. Fluxionen will ich jetzt noch ganz ausser Acht lassen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass das, was wir zur Zeit mit Salivation übersetzen müssen, selbst Vieles von den 3 Begriffen *Sëay*, *le* und *e*, die alle als Bezeichnungen von Durchfall gelten, zum guten Theile Katarrhe sind, denn die sog. Salivation hat eben beim Chinesen, nicht immer ihren Quell in den Speicheldrüsen, und ist das *Sëay* von anderen Organen, als dem Mastdarme, ausgesagt worden. Wenn diese Auffassung, wie es wahrscheinlich ist, sich bewahrheiten sollte, so sind auch Fluxionen ein gar sehr häufiges Ereigniss beim Chinesen. Noch zähle ich die Harnleiden, weniger allerdings die, von den Missionären, wie mir scheint, ganz unbeachteten Steinbildungen hierher, und die Leberleiden, die von jeher in China eine wichtige Rolle gespielt haben und verdient hätten, in Frerichs' Monographie oder deren Uebersetzungen berücksichtigt zu werden.

Dem Chinesen fehlt es mithin nicht an Eigenthümlichkeiten der Reaktion *) und ehe wir an Besonderheit des

*) Ob auch Ausbleiben schwarzer Flecke (schwärzlichen Ange-

Krankheitsstoffes denken, ist es jedenfalls gestattet, der Reaktionsnatur die Aufmerksamkeit zuzuwenden. Es kann daher die Leibschwellung, was immerhin sie auch bedeute, zuvörderst in der gleichviel wodurch begründeten Anlage des chinesischen Körpers gesucht werden. Auch hätte ich nichts dagegen, wenn man behauptete, wir Europäer hielten gesündere Diätetik, seien deshalb weniger den digestiven Störungen ausgesetzt, der Sinese widerstehe nicht den mannigfach schädlichen Naturerzeugnissen seines Landes, dessen Südfrüchte ihm zahlreiche Leiden bereiten, und, wenn er bei dem Genusse nicht die gehörige Sauberkeit anzuwenden gewöhnt wäre, so mögen sie ihm vielleicht manche Parasiten in den Leib führen, aber ich erkläre geradezu, ärztlicher Seits wird er mit Aufmerksamkeit behandelt, es wird Rechenschaft von den als schädlich beobachteten Einflüssen gehalten und bei den Zymosen der Kinder ausdrücklich in Tung angegeben, wie der Kranke in Bezug auf Essen und Trinken sich zu nehmen habe, was zu unterlassen, was gebrauchen, so dass in diesen letzteren Vorschriften selbst nur dann ein Quell des Leidens gesucht werden darf, wenn die ärztliche Ansicht eine falsche, oder mindestens eine unseren Erfahrungsbegriffen nicht angemessene ist. Alles dieses zusammengehalten, darf der Dermatologe sich von der Arbeit einer vergleichenden Pathologie, wie Serres, Rayer und A. sie grundsätzlich betrieben, nicht dispensiren, ohne sich eines argen Fehlers bei der Lösung seiner Aufgabe schuldig zu machen, und ist endlich alles hier Genannte auch noch so sorglich berücksichtigt und selbst in Bezug auf subjektiven Antheil in positiver Richtung dargethan, so dürfen wir getrost eine Untersuchung über die Resistenzfähigkeit der chinesischen Lunge hinnehmen, und selbst veranlassen, haben aber dann immer noch die Berechtigung, auch in der objektiven Natur des Masernprinzipes

---

sichtes) bei chronischer Opiumvergiftung in China eigenthümlich sei, oder nur der erwähnte Pekinger Berichterstatter nichts von der europäischen Erfahrung bei jener Vergiftung gewusst hat, getraue ich mir nicht auszusagen.

eine besondere den Chinesen angehende Beschaffenheit zu suchen, wie wir fortan ordnungsmässig erläutern wollen. —

In die Nahrungsmittel des Chinesen gehören Leoparden, Bären (schmecken süsslich; Pm.), Moschusthiere (2erlei), Schweine, besonders vom Gebirge, (nicht blos, wie Consul Simon will, das Gebirgsschwein), Hunde- und Pferdefleisch, welchen beiden, nach meinen Beobachtungen ich Unvortheilhaftes nachzusagen habe, Ratten, Meerschweinchen, Cormoranfleisch, Frösche u. s. w., Fische in grosser Menge, die für etwas Ausgesuchtes bei ihnen gelten, dazu der Genuss der Melonen, der Papaya und der anderen Südfrüchte, unter denen vorzugsweise verschiedene Orangenarten — die Milchorange wird für die beste gehalten — einen gewissen Rang einnehmen, ein, bis zum Uebermaasse getriebener Genuss der Cerealien, vor Allem Reis, als weisser, grüner, rother, klebriger und gewöhnlicher Reis, von dem es ihm besser, als vielen Europäern, bekannt ist, dass er häufig wurmstichig ist, Reiskloss, solcher mit Fischen vermengt, häufiger Genuss gewürzter und eingesalzener Speisen, Präserven, reines Gewürze, wie des frischen, trockenen, braunen und weissen Ingwers, mehrerlei Arten Pfeffer, weissen und grünen Salzes (ähnlich wie es in Wieliczka sich findet), wiederum Enthaltsamkeit von Fleischgenuss, aber kompensatorisch gesüsste Backwerke aller Art, Bedingungen sonach, welche bei Reich und Arm dem Blute keine gesunde Mischung verleihen. Ich will von den Getränken und Wasserarten hier noch schweigen, da es mich über meinen Zweck hinaus führen würde. Aber, wenn man die Wasserleitungen mit Vorwürfen überhäuft, so möchte ich ersuchen, sich durch amtliche Berichte vor Allem darüber zu belehren, dass dem in alten Zeiten und bis vor etwa einigen und 60 Jahren nicht so war, dass bis dahin die hygieinische Gesetzgebung streng gehandhabt wurde, und die Vernachlässigung und deren üble Folgen erst der modernen Zeit angehören.

So wie nun aber die Hydrologie schon frühzeitig auch ärztlich beachtet wurde, so war es auch bei Tung mit der Diätetik für Kranke; „Trinken und Essen" heisst es bei ihm, bei Besprechung der pustulösen Zymosen: „Indifferentes

Essen vortrefflich. §. 2. Volle Leibschwellung, eine Zeitlang geeignet zu essen altes Huhn, es verstärkt das Blut...; eine Zeitlang geeignet zu essen Enterich (männliche Ente).... Schweinefleisch ist am Ende und am Anfange (von Anfang bis Ende) zu vermeiden, roher Fisch (*yu sing* st. *sing yu*), um beizustehen der Salivation (*Than*), verstopfender Einfluss.. §. 3. Bei entzündlicher Pustel — (so übersetze ich auf eigene Faust *Chwang tow*) vermeide zu essen frisches, kaltes, fleischiges, fettes, 4 Momente (für Krankheit); Thee, Weinessig, Wein, Zwiebeln, Knoblauch, Fisch, Schaaffleisch, Schweinsleber, Blut, grosse Canarien (die *Tsaou*-dattel der Chinesen), klebrige Reissubstanz, Zucker, Ochs vermeide, Gansvogel, Entenhoden; Gargekochtes esse... §. 4. Esse nicht Weinessig, Acrid stechend schmeckendes (*Lă*), die Quinque amara (starkschmeckende Pflanzen, nemlich Zwiebeln, Knoblauch, Scallion *leeks* und *Chives*), Ingwer. Sie sind böse diese Substanzen, fürchte Heisses.., rauchendheisse Leber. Es entsteht in Augenmitte Staar. §. 5. Bei entzündlicher Pustel, die von Kopf bis Fuss durchschneidet, darf nicht getrunken werden kühles Wasser; (nemlich kaltes), gemischt mit gekochtem Wasser nachher gestattet". — Nun wird noch bei entzündlichem Ausschlage verboten getrockneter, eingesalzener Fisch, der in China als Delikatesse gilt, Steinkopffisch. Fisch haftet an. Schweinefleisch wirf fort gänzlich; Fett und Zellgewebe indifferent. Von gekochtem esse wenig etc. etc. Thut Säuglingen die Muttermilch nicht gut, so tröpfle man die Milch in Wasser. Gib diesen Einfluss. (Man gebe verdünnte Muttermilch) und so fort. Ein nun folgendes Kapitel zählt die bei kleinen Efflorescenzen zu empfehlende Nahrung auf: Grünes *Tow*, fleischrothes und kleines *Tow*, schwarzes *Tow;* Huhn und Schweinefleisch; besonders vortrefflich ist das Schwein von Hügeln, Steinkopffisch, *Kang*fisch etc.

Diese verhältnissmässig reichliche Belehrung, der wir in der Schrift des Wiener Collegen nicht begegnet zu sein glauben, würde uns mehr befriedigen, hätte es Tung beliebt, auch die jedesmaligen Folgen zu erzählen, welche durch Miss-

achtung jener, aus Erfahrung hervorgegangenen Lehren entstanden sind. Ob sie es also seien, welche gerade Leibschwellung heraufbeschwören, ersehen wir nicht. Es ist übrigens leicht zu erkennen, dass, wer genügend arbeiten wollte, der müsste in der Zymosentherapie auf alle, nicht bloss in einem engeren Kreise bekannt gewordenen diätetischen Missgriffe und deren jedesmalige Folgen Rücksicht nehmen.

Unter solchen Umständen wären wir auf die schwächliche Konstitution der Chinesen hingewiesen. Diese ist aber ein viel zu allgemeiner Grund, da Konstitutionsgebrechen im Abendlande vielleicht eben so häufig angetroffen werden. Allerdings hat schon besser Tiedemann gelehrt, dass das Centralnervensystem des Chinesen das kleinste aller Menschenraçen sei und so wäre es möglich, aber nicht nothwendig, dass auch das sympathische System verkümmert wäre. Allein weder die bedeutungsvollen, noch die nicht bedeutungsvollen Anatomen wissen Etwas davon zu sagen, obschon selbst europäische Aerzte in China und Japan als Lehrer aufzutreten gewagt haben, und fände ja sich eine mir entgangene Notiz, so zöge ich es lieber vor, nicht von ihr zu sprechen, als Leute, wie Herrn Bischof zu München, die verworren und planlos schreiben und ihre Arbeit Strukturarbeit nennen, obschon wahrheitsgemäss nichts der Art in ihren Plexusarbeiten zu finden ist, für citationsfähig zu halten. Andere publiziren Physiologie-Handbücher und ihr kleiner Verstand ahnt nicht einmal, dass Raçenkenntniss ein Theil der Physiologie schon seit Blumenbach ohngefähr sei. Ist also ein mit zu schwachem Lebenstonus begabtes System der Unterleibseingeweide der Grund, dass diese mit so geringer Resistenzfähigkeit ausgestattet sind? Wir wissen, dass eine solche Aufgabe zu lösen einen tüchtigen Anatomen und Physiologen fordert, und dass noch keiner sie gelöst hat.

Liegt nun die zu geringe Leibesresistenz an der nachlässigen Pflege des Arztes?

Die 10 Gesetze des chinesischen Pädiatrikers sind kurz, lassen aber doch erkennen, dass er bei der Pflege des gesunden Kindes — sie scheinen für den Neugeborenen zu gelten — seiner Aufgabe sich klar bewusst sei. Sie lauten also:

1) Harmonisch halte den Rücken warm. 2) Halte ihn harmonisch schlüpfrig und warm. 3) Harmonisch seien die Füsse warm. 4) Harmonisch sei der Kopf kühl. 5) Harmonisch halte Herz und Brust kühl. 6) Fasse nicht fehlerhaft das Geschöpf. (Dieses Gesetz ist nicht ganz klar für mich ausgedrückt.) 7) Magenschleimhaut und Magen halte gewöhnlich harmonisch warm. 8) Fixire nicht Weinen. (Es veranlasst, dass die Milch nicht gesogen wird). 9) Gebrauche nicht leichtes Reismehl und röthlichen *Shâ* („Sand", eine Art Pflanze). 10) Wasche und bade den Kleinen. — Dann lautet es weiter: Ernähre das Kind hinreichend, um ihm harmonisch zu helfen, sieh' zu, es nicht nachlässig zu beschädigen. Viel Milch verwundet äusserst den Magen, das Essen stockt, verwundet nachher die Magenschleimhaut. Reichliche Schlafkleider hindern; mache ein einzelnes überreichliches Kleid als Norm etc.*).

Und in der Pflege des Kranken ist er in der That nicht unbehutsam. Nahrung und Arzneien werden sorgfältig nach Nothwendigkeit und besonderen Anlässen erwogen, die Dosenlehre ist den Jahren nach abgemessen, was unsere Rezept- und Therapieschreiber sich zu Herzen nehmen sollten; er ist weder verschwenderisch im Verbrauche von Arznei, noch so überreichlich in der Kinderwelt, wie beim Erwachsenen. Denn während ich in Tung's Heilmittellehre für das vorgeschrittene Alter 1054 Mittel genannt, beschrieben, mit Indikationen versehen, zusammenzähle, finde ich den gesonderten Arzneischatz für die Kinderwelt, bei demselben Autor nur $^1/_3$ so gross (346), der nur zum Theil mit dem für Erwachsene zusammenfällt, so dass auch hier, mit der Kunst zu individualisiren, Vertrautheit nebst Reichthum an Kenntnissen an den Tag gelegt ist. Ja, Tung's Therapie variirt selbst wie die keines Anderen, nach Jahreszeiten**). —

---

*) Wir werden noch die jetzt durch Kaiserl. Edikt für Findlinge vorgeschriebene Kleidung mittheilen

**) Beim Kinde, sagt Tung, entstehen nach der Geburt verschiedene, oberflächliche, zu 1—2 Jahren, tiefe Erkrankungen. Bei bösen Geschwüren gebrauche man, im Früh-

So bei Kranken, welche den ärztlichen Rath befolgen und vor mehr als 100 Jahren. —

Ich müsste weit, weit eingehen, um diese meine Behauptungen mit Vollständigkeit zu belegen. Der Leser könnte mir das sehr übel nehmen. Aber, ist nun, von Seiten des Arztes wenigstens alle Sorgfalt an den Tag gelegt, um den Menschen in allen seinen Lebensstufen zu schützen, darf zum Voraus vermuthet werden, die Natur habe nicht so die chinesische Unterleibsorganisation hintangesetzt, dass sie durch Anlage schon ihrem Ruine bestimmt sei, — denn dagegen spricht die ausserordentliche Vermehrung des Volkes, — so

---

linge *Yangzweige* nebst *Kang kwae;* im Sommer bediene man sich der Blätter der grossen Canarien und der Anagyri's, im Herbste ist ein Dekokt von *Tho tsan* dagegen zu empfehlen. (Nur den Winter fand ich nicht angegeben). Ein solches Verfahren ist weder Willkühr, noch Täuschung, noch durch Unbekanntschaft mit anorganischen Präparaten diktirt; ob es gleich anzuerkennen ist, dass letztere weit seltener gebraucht werden, und die Natur der dem Chin. dienenden Pflanzenwelt das Gesetz mochte gegeben haben. — Aber welcher europäische Specialarzt hätte schon so fein specialisirt? Hebra hat es nicht gethan. Erasmus Wilson, dessen dermatologische Leistungen noch immer als die umfassendsten des Abendlandes dastehen, so mangelhaft sie auch in systematischer und wissenschaftlicher Beziehung überhaupt geblieben sind, zwingt seinen Kranken eine chronische Arsenvergiftung auf, beschreibt uns aber dabei nicht, wie oft von diesem bei Chinesen, der selbst vor Kupfer und Eisen warnt, des Bleies sich nur sparsamst bedient, — viel selteneren Verfahren, die nicht ausbleibenden Gemüthskrankheiten entstanden sind; welche neue Ausschläge und Nervenleiden herauch hervortraten, und ob etwa seine vergiftende Therapie durch eine, oder die andere Jahreszeit gemildert werde, vorausgesetzt, wie wahrscheinlich, dass er ihr nicht vorgebeugt habe. Wir stehen übrigens an der Zeit, die chinesisch-therapeutische Ansicht zu prüfen: die von Lebert empfohlene Verbindung von Camphor mit Lupulin ist eine vielfach angewandte. Im Herbste fand ich, dass sie besorgliche Träume errege und Halluzinationen hervorrufe. Wirkt sie in anderen Jahreszeiten milder?

werden wir jetzt wohl den Grund des Uebels in etwas Anderem, als in dem Körper selbst, zu suchen haben.

Allein wird man uns sagen, ich ginge über die Resistenzfähigkeit doch ein wenig gar zu leicht hinaus: ich will daher darauf aufmerksam machen, dass ich von dieser noch immer einiges Wesentliche denke, aber mich vorzugsweise auf das Allgemeinste beschränke, denn wir müssen noch das Wesen der Leibschwellung selbst in etwas aufklären, mit ein paar Worten der respiratorischen Resistenz gedenken und, da wir noch die Natur des zymotischen Prinzipes selbst zu entwickeln haben, so ist es Zeit, dass wir uns abkürzen.

Die Resistenz hat für uns hier eine 3fache Bedeutung: Wir fragen, ob die Leibschwellung und alle intestinalen und genito-urinalen Symptome kompensatorisch die Stelle des Lungenleidens vertreten, und somit die Resistenz der Lungen nur eine relative sei, oder, ob die Lungen vielleicht überhaupt, weil sie „Metallelement" repräsentiren, an sich mit Immunität begabt sind, endlich, ob die Widerstandskraft eine allezeit dagewesene, oder eine zeitweis latente, oder eine, von den Ereignissen der Zeit abhängige bei Chinesen sei, denn Pollock, welcher sich mit einiger Breite über das Resistenzthema bei Lungenleiden und selbst akuten Krankheiten ergangen hat, erfasst den Punkt nur von dem Interesse eines einzelnen Individuums aus und darum entgeht ihm die Wichtigkeit der eigentlich praktischen Frage. Kann das Schicksal eines ganzen Volkes es bewirken, dass dessen einzelne Subjekte zeitweise in umfangreicherem Maasse Krankheitsgefahr entrinnen, so ist ja seine Geschichte das halbe Rezept für die betreffende Krankheit.

Auf den Chinesen des 17ten Jahrhunderts hat es allerdings den Eindruck gemacht, dass Masern ihre Insulte auf Lunge und Darmschleimhaut zugleich vertheilen, und da wir im Obigen zu dem Resultate gelangten, dass Diätfehler und ärztliche Sünden nur einen untergeordneten Beschädigungstheil verüben dürften, so wird die chinesische Meinung wohl etwas Wahres haben. Die Lungen leiden weniger, weil die beschädigende Kraft sich auf ein zweites System wirft, und, möchte ich hinzufügen, insoferne auf ein drittes, als die

Hautphänomene mit einer mehr entzündlichen Kraft, als im Abendlande auftreten. Sie leiten also ab von der Lunge. Sodann ist diese Resistenz der Lunge keine absolute. So weit ich die chinesischen Lungenkrankheiten bisher entziffert habe, kann man es als richtig annehmen, dass Phthisis und Tuberculosis in China nicht unbekannt und nicht neu sind. Der Missionsbericht unseres Jahres spricht überdies von häufiger Laryngitis, Bronchitis acuta, die ich in der That bei Tung gelesen zu haben glaube, ja er nennt uns nicht bloss Diphtheritis, sondern spricht ausdrücklich von der chinesischen Behandlung gegen dieselbe. Ich habe sie noch nicht im chinesischen Texte durch pathologische Zeichen aufgefunden. Sollte es aber gelingen, an der Hand von den angegebenen Notizen noch den entsprechenden Fund zu machen, so will ich ihn gern nennen. In die Masernbeschreibung Dschung's müsste ich die Deutung künstlich hinein legen. Was den Keuchhusten betrifft, so wollen jüngere Reisende ihn stellenweise und mild, dabei nicht häufig gesehen haben. Ich habe bereits den Text über alle Hustenformen mir zu eigen gemacht und kann den etwa begierigen Leser in den Stand setzen, selbst sein Urtheil über die Diagnose zu bilden. Für mich ist sie bisher noch von Zweifeln umringt, und werde ich mich nur für höchstens eine prototypische Form erklären. Es könnte leicht wie mit der jüngst von Deparavey behaupteten chinesischen Cholera alter Zeiten gehen. Ich las viel von allen einzelnen Symptomen derselben, viel von Brech-Purgirkrankheit, endlich selbst ein Bild, ich glaube, gerade aus der Kinderwelt genommen, in welchem sogar der krampfhaften Symptome gedacht war. Schon war ich nahe daran, die Deparavey'sche Ansicht anzunehmen, da ward ich zweifelhaft, denn ich suchte nach der Behandlung mit Aconit und fand sie nicht. „Alle Gestalten", sagt Göthe, „gleichen einander und doch gleichet keine der anderen". Wegen des Krups bei Masern habe ich, nach der Beschreibung Dschung's, mich bisher mehr der negativen Seite zugewandt, womit freilich nicht zugegeben ist, dass ich den Krup China's bestreiten wolle. Das vermöchte ich nicht, ohne die sinesische Lehre der Respirationskrankheiten darge-

stellt zu haben. Vorzüglich fehlt mir der krähende Ton. Nur eine Stelle ist mir in Tung y begegnet, wo etwas darauf Bezügliches sich findet. Es ist in der Pädiatrik ungefähr fol. 56, und lautet im Zusammenhange also: Verschiedene Krankheiten schmelzen das kleine Kind fort, verkündigt: Die Augen oben sind fleischroth, der Puls nicht voll...., das Gesichtsseitenthor bricht geschwollen hervor.. Das Herz schneidet ab. §. 3. Die Nase trocken und verbrannt, — die Lunge schneidet ab. §. 6. Sind die Fingernägel von Ansehen schwarz, so schneidet die Leber ab. §. 6. Erhebt sich plötzlich Krähen(*ya*)ton, so schneidet der Puls ab." Offenbar nur ein Zeichen und dies gebietet, dass wir unsere Meinung noch in suspenso lassen. — Aus Allem ergibt sich, die Lungen sind beim Chinesen, wie bei uns, vielen Gefahren ausgesetzt, und unterliegen ihnen, je nach der Grösse derselben und wo selbe sich bieten. Die Lungen haben keine absolute Immunität, ihren Elementnamen verdanken sie nicht ihrer unüberwindlichen Resistenz, auch legen die chinesischen Mütter, die, wie Tung sehr richtig bemerkt, ihre Kinder bis zu 2, 3 Jahren säugen, „dann sei es Zeit, die Milch abzuschneiden" heisst es bei ihm —, guten Grund für ihre eigene Phthisis, obschon wir leider keine Statistik über dieses, auch von Pollock (1865) hervorgehobene Moment haben und die Beibringung der, von mir aufgefundenen Geburts- und Entbindungslehre Tung's, die weniger von Fabeln umringt ist, als man es, thörichten bisher in dieser Beziehung gehegten Aeusserungen zufolge, annehmen sollte, ist hier durchaus unmöglich. Wenn in dieser Lehre vielleicht nicht auch von Tuberculosis pulmonum die Rede sein sollte, so könnte es besonders nur für den Fall einer langen Latenz des Uebels erklärlich sein, oder es träte hier der oben angedeutete Fall einer zeitweisen Immunität ein.

Hierunter verstehe ich die in der pathologischen Geschichte China's zu prüfende Möglichkeit, dass eine und dieselbe Zymose je nach dem Schicksale eines Volkes verschiedene Gestaltung ihrer Heftigkeit annehmen könnte. Kein Volk der Erde war so vielen Wechseln der Ruhe und des Friedens, des Unglückes und des Gedeihens ausgesetzt, wie

das chinesische, keines hat deshalb so beträchtliche Schwankungen seiner Zu- und Abnahme der Seelen- und Familienzahl aufzuweisen. Wie sollte es sich ereignen, dass in Prosperitätsjahren und Jahrzehenden, in denen ja die ärztliche Pflege einen umfassenderen Wirkungskreis erreicht, der Ausgang einer Krankheit der nämliche wäre, wie in den Tagen allgemeinen Elendes; hier haben wir es mit Momenten zu thun, welche eine grosse Bevölkerung gemeinsam treffen und, im Hauptsächlichen nicht von der Nationalität und den an selbe geknüpften Textur und Struktureigenthümlichkeiten abhängig sind und daher einer gesetzmässigen Auffassung nicht etwa zugängig wären. Wir fühlen uns gezwungen, diese Richtung der Forschung zu betonen, denn nur indem der Charakter einer zur Zeit epidemischen Zymose, nach ihren Unterschieden, vermöge der die Volksmasse beherrschenden Einflüsse richtig erfasst wird, vermag man mit Sicherheit in den wesentlichen Inhalt ihrer schädlichen Potenz einzudringen*). So viel von der Möglichkeit einer zeitweisen Resistenz.

Was ist nun endlich von der Leibschwellung und was ist von der Masernmasse selbst anzunehmen?

II. Klinische Mittheilungen.

Hospital für kranke Kinder in Paris (Hr. Giraldès).

Ueber Blasenstein bei Kindern.

„Wir haben jetzt in unseren Sälen zwei mit Blasenstein behaftete Kinder, nämlich einen Knaben von $5^1/_2$ und ein Mädchen von $8^1/_2$ Jahren. Beide sind vom 13. Dezember bis jetzt (Mitte Januar) im Hospitale. Bevor ich aber in die verschiedenen Punkte, welche bei diesen beiden Fällen beson-

*) Die Jahre 997, 1080, 1102, 1160, 1193 und 1195 n. Chr. sind Beispiele äusserst auffallender Natur und müssen den ärztlichen Geschichtsschreibern ganz besonders zum Augangspunkte dienen.

ders hervortreten, näher eingehe, muss ich der Umstände gedenken, welche die Verzögerung der Operation so lange veranlassten. Um das kleine Mädchen zur Ausziehung des Steines durch die Harnröhre vorzubereiten, haben wir in diesen Kanal einen Stift von Laminaria digitata eingeführt. Diese Einführung erzeugte eine Art Tenesmus oder Krampf der Harnröhre und eine Entzündung der Vulva mit Schwellung der Leistendrüsen. Es musste natürlich deshalb die Operation verschoben werden. — Was aber den Knaben anlangt, so war bei ihm ein Anfall von Masern die Schuld der Verzögerung.

Was den Blasenstein bei Kindern betrifft, so brauche ich kaum zu bemerken, dass er bei Knaben viel häufiger ist als bei kleinen Mädchen, offenbar weil die Kürze und verhältnissmässige Weite der Harnröhre, auch deren gerade Richtung bei letzteren, die kleinen, aus dem Harne sich etwa bildenden Krystallisationen leichter abgehen lässt, während bei Knaben, so wie bei erwachsenen Männern, diese Krystallisationen sich in der Blase verhalten und zum Anschiessen neuer Krystalle Anlass geben. Ich glaube, dass, was den Blasenstein betrifft, man auf 24 Knaben 1 Mädchen rechnen kann, und dass bei Mädchen sowohl, als bei Frauen sehr oft irgend ein fremder Körper den Kern des Steines bildet. So habe ich vor Kurzem erst bei einem 12 Jahre alten Mädchen in der Mitte eines Blasensteines eine grosse Stecknadel gefunden.

Die Symptome des Blasensteines sind in beiden Geschlechtern ziemlich dieselben. Anfangs sind sie sehr wandelbar und werden häufig verkannt. Die Angehörigen des Kindes pflegen nicht selten ganz andere Ursachen zu vermuthen und auch der Arzt sucht das Uebel anderswo. Vor etwa 2 Jahren habe ich ein kleines Mädchen gesehen, welches an Paraplegie litt, die man von einer Affektion des Rückenmarkes herleitete. Das Kind war schon eine Zeit lang im Hospitale, als man zwischen den Lefzen der Vulva einen fremden Körper sich hervordrängen sah, der nichts Anderes war, als ein Stein, welcher sich seinen Weg durch die Harnröhre in die Scheide gebahnt hatte. Nachdem dieser Stein

herausgezogen war, verlor sich die Paraplegie sehr rasch und es trat vollständige Heilung ein.

Zu den funktionellen Symptomen gehören besonders lebhafte Schmerzen beim Harnlassen mit Tenesmus, welcher bis auf den Mastdarm übergreift und bisweilen Vorfall des letzteren bewirkt; ferner Jucken an der Mündung der Harnröhre, durch welches das Kind angetrieben wird, sich zu kratzen und an den Geschlechtstheilen zu zupfen und sogar Anämie zu bewirken und endlich Inkontinenz des Urines. Keine dieser Erscheinungen ist ein absolutes Zeichen des Blasensteines und nur hinsichtlich des unfreiwilligen Harnabganges ist zu bemerken, dass, wenn derselbe nicht vom Blasensteine herkommt, sondern in mehr allgemeinen Ursachen seinen Grund hat, er bei Kindern gewöhnlich nur in der Nacht oder im Schlafe sich zeigt, während er beim Blasensteine sowohl in der Nacht als am Tage vorhanden ist. Bei letzterem beruht ja die Inkontinenz des Urines auf einer entzündlichen Reizung der Harnblase oder des Blasenhalses und es findet sich dann auch der Urin durch Blasenschleim und harnsaures Natron getrübt.

Jedenfalls ist es rathsam, bei Kindern, bei denen man dergleichen Symptome bemerkt, die Harnröhre und die Blase mittelst des Katheters zu untersuchen. Es ist dieses nicht immer leicht, weil bei der grossen Empfindlichkeit der Theile nicht selten krampfhafte Kontraktionen entstehen, welche eine Empfindung geben, als ob ein Stein vorhanden sei. Es ist ein Irrthum nicht möglich, wenn man einmal beim Sondiren das Gefühl gehabt hat, welches entsteht, wenn das Instrument an eine steinige Masse anstösst. Gut ist es jedenfalls, durch den Mastdarm zu untersuchen, weil man dadurch noch die Diagnose fester stellt und zu gleicher Zeit von dem Umfange des Steines etwas mehr Gewissheit erlangt.

Das Blasensteinleiden bei Kindern komplizirt sich bisweilen mit sehr ernsten Zufällen. Der Urin ist verändert, Epitheliumtrümmer, Eiterkügelchen u. s. w.; es kann eine wirkliche Entzündung der Nieren oder der Blase mit dem Steine zugleich vorhanden sein und dann ist die Prognose in der Regel eine traurige, wie folgende beide Beispiele erweisen:

1) A. G., 13 Jahre alt, am 26. Januar 1862 in das Kinderhospital gebracht, zeigt deutlich die Symptome eines Steines in der Blase mit Eiter im Urine und mit Erscheinungen, die auch auf ein Nierenleiden deuten. Lithotomie wird nicht für rathsam erachtet und deshalb am 1. Febr. der erste Versuch mit der Lithotritie gemacht. Einige Steintrümmer gehen mit dem Urine ab. Am 3. lebhaftes Fieber und Schmerzen in der linken Darmbeingegend. Der Mund im Innern teigig; lebhafter Durst, wiederholtes Erbrechen, erschwerter Stuhlgang. Am 4. und 5. ist das Urinlassen sehr schwierig. Am Abende starkes Frösteln, dann eine sehr aufgeregte Nacht und vom 7. bis zum 13. eine fortwährende Verschlimmerung des Zustandes und am 14. Morgens erfolgt der Tod. Die Leichenuntersuchung ergibt grosse Auftreibung der Nieren mit Erweichung und Tuberkelablagerung in denselben, ferner Verdickung und Kontraktion der Blase und in derselben noch einen kleinen aus Harnsäure bestehenden Stein.

2) Im vorigen Jahre hatten wir im Hospitale einen 6 Jahre alten Knaben mit unzweifelhaften Symptomen von Blasenstein. Auch hier nöthigte die eiterige Beschaffenheit des Urines zur Aufschiebung der Operation und bevor man zu derselben gelangen konnte, trat Peritonitis und der Tod ein. Die Harnblase war in ihren Wandungen verdickt und die rechte Niere in einem Zustande von Vereiterung.

Es geht aus diesen Beispielen hervor, dass man, um es nicht zu diesem traurigen Zustande kommen zu lassen, so früh als möglich den Stein wegschaffen muss. Wie soll das geschehen? Die Lithotritie ist bei Kindern viel schwieriger auszuführen als bei Erwachsenen; die Blase ist bei ihnen sehr reizbar, treibt den Urin oder die etwa eingespritzte Flüssigkeit sofort wieder aus und man ist genöthigt, so zu sagen, im Trockenen zu operiren. Dieser Umstand soll aber nicht so übel sein, wie man annimmt; englische Chirurgen sollen es sogar vorziehen, die Lithotritie im Trockenen vorzunehmen, allein dieses Verfahren hat hier viel Bedenkliches. Im Allgemeinen kann die Lithotritie bei Kindern sehr üble Zufälle herbeiführen. Zuvörderst ist zu bedenken, dass bei ihnen die Harnblase noch hoch liegt und in viel innigerer Verbindung

mit dem Bauchfelle steht als später, wo sie mehr in das Becken sich hinabgesenkt hat, und dass also bei Reizung und Entzündung derselben viel eher Peritonitis entstehen kann. Könnte man überzeugt sein, dass man in einer einzigen Sitzung den Stein innerhalb der Blase vollständig zermalmt, so würde man sich zu dieser Operation entschliessen dürfen; würden aber zu dieser Zermalmung mehrere Sitzungen erforderlich sein, so müsste man sich durch die Wahrscheinlichkeit der entstehenden Reizung und gefährlichen Entzündung abgeschreckt fühlen. Eine Zermalmung in einer einzigen Sitzung ist aber bei dem kleinen Kaliber des Instrumentes, welches man bei Knaben in Anwendung bringen kann, nicht so leicht zu erwarten, und geschieht dieses nicht, bleiben grössere Fragmente des Steines noch in der Blase, so ist ja das Uebel nicht nur nicht gehoben, sondern noch verschlimmert, weil ja die scharfkantigen Stücke die Blasenwand noch mehr reizen müssen, oder, in die Harnröhre hinabgetrieben, dort sich verfallen und Tenesmus, Harnverhaltung, Konvulsionen u. s. w. erzeugen.

Diese Gegengründe gegen die Lithotritie bei Kindern sind in beiden Geschlechtern ziemlich dieselben, obgleich bei Mädchen die kürzere, geradere und weitere Harnröhre die Sache etwas günstiger gestaltet. Aus diesen Gründen würden wir jedenfalls bei Knaben der Lithotomie vor der Lithotritie den Vorzug geben müssen. In der That hat auch die erstere Operation einen sehr günstigen Erfolg gewährt, indem in dem Alter bis zum 12. Lebensjahre auf 17 bis 20 Operirte nur 1 Todesfall kommt, wogegen bei Erwachsenen, die der Lithotomie unterworfen wurden, schon auf 5 oder 6 Operirte ein solcher gerechnet wird. Dazu kommt, dass in der Kindheit auch die Heilung der Wunde schnell vor sich geht und wir möchten höchstens die Lithotritie als Versuch da anrathen, wo der Stein sehr klein ist und also in einer einzigen Sitzung zermalmt werden kann, oder wo Umstände vorhanden sind, welche eine Verwundung geradezu abweisen.

Von den verschiedenen Methoden bleibt die Operation von Celsus oder der seitliche Steinschnitt im Damme diejenige, die bei Kindern die meisten Vortheile für sich hat und

auch wir wenden uns derselben zu; man kann hier Steine von bedeutender Grösse herausschaffen und im Nothfalle brauchte man nur einen Bilateralschnitt zu machen, um eine grössere Oeffnung zu haben.

(Was die Herausschaffung des Steines bei kleinen Mädchen betrifft, so sprach Hr. G. ein Langes und Breites über die verschiedenen Methoden der Lithotomie, aber kein Wort über die Art und Weise, den Stein durch die methodisch erweiterte Harnröhre herauszuziehen, was doch wohl bei kleinen Mädchen das Hauptverfahren bleiben wird.)

Eigenthümliche Folgen einer Wunde in der Gegend der Augenbraue.

In die Abtheilung des Hrn. Bouchut wurde am 20. Febr. 1865 ein 9½ Jahr alter Knabe gebracht, welcher bis dahin ganz gesund gewesen war, aber durch den Stoss gegen eine Mauer in der rechten Augenbrauengegend eine tiefe Wunde erlitt, die ihm zwar das Bewusstsein nicht raubte, aber doch stark blutete. In den ersten acht Tagen nach der Verwundung ging Alles gut, aber dann klagte er über Kopfschmerzen und erklärte, alle Gegenstände doppelt zu sehen. Zu diesen Erscheinungen gesellte sich bald eine schmerzhafte Steifigkeit des Halses, welche die Ueberbringung des Kindes in das Hospital veranlasste. Diese Aufnahme fand am 12. Tage nach der Verwundung Statt. Es zeigte sich gleich beim ersten Anblicke in einer eigenthümlichen Stellung. Der Kopf nämlich war stark hintenüber gezogen, wie beim Opisthotonus; die Mm. scaleni jeder Seite waren hart, gespannt und fühlten sich an wie Stränge bis zu den Wirbeln. Druck auf diese Muskeln in ihrer ganzen Länge, so wie alle Bewegung des Kopfes, wobei sie in's Spiel traten, erzeugte sehr lebhafte Schmerzen. Verbunden hiermit war Kopfschmerz und Doppelsehen, jedoch kein Schielen, und da man als Ursache aller dieser Symptome nur die Verwundung der rechten Augenbrauengegend ansehen konnte, so war der Fall sowohl in physiologischer Hinsicht als auch in Hinsicht auf Diagnose, Prognose und Behandlung von sehr grossem Interesse.

„Wir hatten," sagte bei dieser Gelegenheit Hr. B., „in die-

sem Knaben einen verwickelten Fall, den wir uns erst zur Klarheit bringen mussten. Wir hatten zuvörderst zu bestimmen, ob wir einen Tetanus, einen Torticollis, eine Affektion der Wirbelgelenke oder eine Neuritis des fünften Nerven vor uns hatten, welche aufwärts gehend bis zum Bulbus des Rückenmarkes die Kontraktur des Halses und die Diplopie erzeugt habe. Tetanus, der bekanntlich bei Kindern nicht selten ist, konnte es nicht sein, da das Ueberneigen des Kopfes nach hinten nicht mit Trismus, nicht mit Muskelstarrheit an anderen Theilen des Körpers und nicht mit tetanischen Zuckungen begleitet war; das Kind ass und trank und athmete leicht. — Auch ein sogenannter Wendehals (Torticollis) aus rheumatischer Ursache, der ebenfalls bei Kindern nicht selten vorkommt, konnte es nicht sein, da dieser gewöhnlich nicht symmetrisch ist, sondern nur eine Seite betrifft, woher auch der Ausdruck Wendehals, und da dabei fast immer der M. sterno-cleido-mastoideus und trapezius ergriffen ist. Man kann sich nicht leicht vorstellen, dass eine rheumatische Ursache die oberflächlich gelegenen Muskeln und die tiefer gelegenen Scaleni verschonen sollte. Wir wurden also auf die Wirbelsäule hingeführt und zwar auf die Vermuthung, dass irgend eine beginnende Affektion der Halswirbel zu Grunde liege, und dass dadurch die dicht über diesen Wirbeln liegenden Muskeln sympathisch affizirt seien. Für diese Annahme konnte der Umstand sprechen, dass das Ansetzen einiger Blutegel an jeder Seite über den Mm. scaleni eine vorübergehende Besserung erzeugt hatte, dass diese Besserung seitdem noch einmal sich einstellte, und dass das Kind zwar den Kopf nach verschiedenen Seiten hin etwas bewegen, aber ihn der Brust nicht näher als drei Zoll zubeugen konnte. Affektionen der Halswirbel sind bei Kindern nicht selten, aber es fehlten hier doch gerade die charakteristischen Symptome derselben. Ein Druck auf die Wirbel erzeugte durchaus keinen Schmerz und es fand sich an denselben nirgends eine Anschwellung oder Auftreibung. Zu diesen Zweifeln kam noch der fortwährende Kopfschmerz und die Diplopie, die sich mit der Annahme einer Affektion der Wirbel nicht reimen liessen.

Die Annahme, dass alle Erscheinungen mit der Superciliar-Verwundung in Verbindung standen, hatte die meiste Wahrscheinlichkeit für sich. Schon Hippokrates kannte die Gefahren dieser Verwundung. Morgagni berichtet in seinem 51. Briefe über 5 Fälle, welche sehr verschiedene Symptome darboten; in einem Falle traten Konvulsionen und der Tod ein; in den anderen nach verhältnissmässig leichter Wunde später Konvulsionen und ausserdem Lähmungen, ja sogar Knochenentzündung und Eiterresorption in Lunge und Leber. Aehnliche Fälle sind von vielen beschäftigten Chirurgen erlebt und mitgetheilt worden; Rognetta führt sogar einen Fall an, wo Verwundung der Augenbrauengegend Geistesstörung zur Folge hatte.

Man suchte sich diese merkwürdigen Erscheinungen dadurch zu erklären, dass man annahm, es habe bei der Verwundung eine Erschütterung (Commotion) der Netzhaut des Auges und des Gehirnes stattgefunden. Das ist auch in der Regel gewiss der Fall, aber wie will man sich die Fälle erklären, wo der Verlust des Sehvermögens nicht ein unmittelbarer ist und wo der Kranke durch die Verwundung weder bewusstlos wird, noch gleich darauf auffallende andere Erscheinungen darbietet? Heutigen Tages können wir darauf eine bestimmtere Antwort erlangen, wenn wir uns des Augenspiegels bedienen. Wir finden dann nach der genannten Verwundung die Pupille undeutlich, gleichsam wie von einer Wolke umschleiert; man erkennt darin eine seröse Infiltration oder vielmehr eine Stockung in der venösen Cirkulation der Retina. Daraus erklärt sich sowohl die sofort als die später eintretende Beeinträchtigung des Sehvermögens. Die Nervensymptome sind offenbar die Folge der Reflexwirkung, indem sich bei der Verwundung der Augenbrauengegend die Reizung von den Superciliarzweigen des N. supraorbitalis auf die Wurzel des Trigeminus tief im Bulbus des Rückenmarkes und von da weiter auf den Plexus cervico-brachialis und auf die anderen beiden Hauptäste des Trigeminus überträgt. Die Kontraktur der Mm. scaleni, der Kopfschmerz und die Diplopie, letztere durch die vaso-motorischen Nerven des Ganglion ophthalmicum, erklären sich hierdurch von selbst. Es fragt sich, ob

man nach Beer und Anderen eine Ausschneidung des Nervenzweiges in der Wunde in solchen Fällen vorzunehmen habe? Wir würden uns dafür nicht aussprechen; in unserem Falle ist es jedenfalls nicht nöthig gewesen, da die Störungen des Sehvermögens von selbst verschwanden. Gegen die Kontraktur der Muskeln hat sich das Ansetzen von Blutegeln ausserordentlich wirksam gezeigt und hoffentlich wird es auch noch gelingen, den Rest, nämlich das Hinderniss gegen die Beugung des Kopfes nach vorne, zu beseitigen.

Chirurgische Klinik in Strassburg (Hr. Sédillot).

Angeborene Verwachsung der Finger und Zehen. Operation, Heilung.

Ein Mädchen von 2 Jahren wird am 28. April 1865 in die Anstalt gebracht. Es ist wohlgestaltet, hat aber eine Verwachsung der dritten und vierten Zehe am linken Fusse und des dritten und vierten Fingers an der linken Hand. Die beiden Zehen sind in ihrem hinteren Theile vollkommen geschieden, aber nach vorne zu in ein einziges Glied verschmolzen, welches etwas dicker als gewöhnlich ist; da, wo die beiden Zehen zusammenkommen, zeigt sich ein einfacher Winkel, welcher sich in einer Längenfurche fortsetzt, die die Verschmelzung andeutet. Die gemeinsame Umhüllung dieses verschmolzenen Theiles der beiden Zehen zeigt keine besondere Schlaffheit, aber wird nach der Spitze zu ziemlich straff. Ganz ähnlich war die Verwachsung der beiden Finger der linken Hand. Am 15. Tage nach der Geburt des Kindes versuchte der Arzt des Dorfes eine Operation, die aber misslang, und es stellt sich uns jetzt bei dem 2 Jahre alten Kinde die Deformität folgendermassen dar: Mittelfinger und Ringfinger sind durch ein dickes und unregelmässiges Narbengewebe mit einander verwachsen; dieses Narbengewebe hat auch eine Beugung dieser beiden Finger gegen die Handfläche erzeugt. Dem Ringfinger fehlt offenbar das letzte Glied, dagegen ist

dieses am Mittelfinger auffallend dick und zeigt an seiner inneren Seite einen kleinen unregelmässigen Kamm. Der Winkel zwischen diesem Finger ist eben so wie am Fusse durch eine Längenfurche markirt.

Es ist ersichtlich, dass diese beiden Finger ebenfalls das letzte Glied gemeinsam hatten, dass aber der Arzt des Dorfes bei seinen Trennungsversuchen dieses Glied ganz und gar dem Mittelfinger überlassen und dann einfach die weitere Hautverwachsung zwischen ihm und dem anderen Finger durchschnitten hatte. Das Resultat war nicht das gewünschte, vielmehr verwuchsen die beiden Finger wieder mit einander, und zwar stärker als früher, durch ein starkes und derbes Narbengewebe.

Es fragte sich, wie hier zu verfahren sei? Die einfache Trennung ist schon misslungen und würde, wenn man sie wiederholte, nicht zum Ziele führen; keine Art des Verbandes würde die Wiederverwachsung verhindern. Das Verfahren von Didot, welches darin besteht, die Zwischenhaut zwischen den Fingern in ihre zwei Blätter zu zerlegen und dann das Dorsalblatt an den einen Finger, das Palmarblatt an den anderen anzuheften, passt hier wegen des Narbengewebes, in welches die Zwischenhaut umgewandelt ist, nicht mehr. Der Ringfinger ist schon zu sehr misshandelt worden; er hat sein drittes Glied verloren und das zweite, durch die Narbenmasse eingezogene, Glied würde selbst nach der erfolgreichsten Operation seine Funktionen nur unvollständig wieder erlangen. Man könnte also daran denken, diesen Finger ganz zu opfern, um den Mittelfinger vollständig frei zu machen. Hr. Boeckel, der die Operation des Kindes zu bewirken hatte, hoffte jedoch, wenigstens das erste Glied vom Ringfinger erhalten zu können, und zwar dadurch, dass er die Haut des zweiten Gliedes zum Ueberlegen über das erste verwendete. Durch Erhaltung dieses letzteren wird die Hand weniger difform und geschickter zum Greifen und Festhalten. Am 5. April wurde die Operation vollzogen. Das Kind wird chloroformirt; mit einem einzigen Messerschnitte wird die Verwachsung der beiden Finger bis zur Basis durchschnitten; aus der gesunden Haut des letzten Gliedes des Ringfingers wird ein kleiner Lappen ge-

bildet und zurückgeschlagen; dann wird dieses Glied durch Trennung seines Gelenkes ganz weggenommen und nun jener Lappen über die blutende Fläche des folgenden Gliedes hinüber gelegt und durch Suturen befestigt. Um auch unten hin eine sichere, die Wiederverwachsung hindernde Decke zu verschaffen, schnitt Hr. B. aus der Dorsalhaut des Mittelfingers einen kleinen dreieckigen Lappen von 12 Millimet. Länge und 6 Millimet. Breite mit der Basis nach hinten aus und legte ihn zwischen die Finger, um durch ihn die Kommissur zu bilden; auch dieser Lappen wurde durch eine Sutur befestigt. Zuletzt wird noch überall das Narbengewebe abgetragen, namentlich so weit es die vollständige Streckung der Finger hinderte. Der kleine Finger blieb allerdings blos und hautlos nach der Seite der stattgehabten Verwachsung zu, aber da der Ringfinger hier durch die Lappen mit Haut gedeckt war, so glaubte man, davon nichts besorgen zu dürfen. Streifen von Diachylonpflaster und Streckung dienen dazu, die Finger auseinander und gerade zu halten; über die Spitzen derselben werden kalte Kompressen aufgelegt. Eine kleine Arterie hat unterbunden werden müssen. — Am 3. Tage wurde der Verband erneuert. Alles ging nach Wunsch. Nach 10 Tagen zeigten sich auf den hautlosen Stellen Granulationen, gegen welche hier und da mit Höllenstein kauterisirt wurde, um sie nicht zu üppig wuchern zu lassen. Ein leichter Kompressivverband wird nun angelegt Nach Ablauf eines Monates ist das Kind vollständig geheilt. Die Finger sind frei bis zur Basis; der Mittelfinger ist gestreckt und in seinen Bewegungen ungehindert. Die Narbe auf seiner inneren Fläche ist ganz glatt und kaum zu bemerken. Als Rest der Difformität bleibt nur ein etwas dickes Glied und die Stellung des Nagels. Dem Ringfinger fehlt das letzte Glied, aber er ist sonst frei in seinen Bewegungen und wird wohl noch beim Greifen und Fassen mithelfen können.

London-Hospital (Hr. Fraser).

Anilinsulphat gegen Veitstanz.

Ueber die Wirkung des Anilinsulphates gegen den Veitstanz ist schon Einiges mitgetheilt worden; der Erfolg war nicht besonders günstig. Seitdem hat Hr. Fraser im London-Hospital das Mittel wieder in zwei Fällen versucht. Wir wollen diese Fälle hier etwas näher angeben.

Erster Fall. Henry M., 12 Jahre alt, hat früher angeblich an Spulwürmern gelitten, will aber sonst gesund gewesen sein. Nur als er 8 Jahre alt war, fühlte er leise Zuckungen in den Armen und Beinen und dann eine Art Betäubung in denselben. Diese Zufälle zeigten sich mehr rechts als links; auch die Halsmuskeln waren etwas mit in's Spiel gezogen; das Sprechen wurde undeutlich und es fand sich dann und wann auch ein allgemeines Unwohlsein, so dass der Knabe in das Hospital gebracht wurde. Er verliess dasselbe anscheinend gebessert, aber nach einiger Zeit kam der Veitstanz stärker und ausgeprägter wieder; es folgte eine zweite Aufnahme in das Hospital, darauf wieder Besserung und Entlassung, aber da die Krankheit von Neuem wiederkehrte, so wurde der Knabe am 20. Januar 1863 zum dritten Male in die Anstalt gebracht. Die Anfälle des Veitstanzes zeigten sich wechselnd, nämlich zuerst zweimal an der linken, dann aber an der rechten Seite am stärksten. Im Ganzen waren die Anfälle mässig. Verordnet wurde mittlere Diät und zuerst ein Abführmittel aus Kalomel und Jalape. Dann wurde gegeben Anilin-Sulphat 5 Gran in 1 Unze Wasser, wozu einige Tropfen verdünnter Schwefelsäure gesetzt wurden, — eine solche Dosis dreimal täglich zu nehmen. Dieses Mittel wurde am 23. Januar zuerst genommen. Die Wirkung zeigte sich schon eine halbe Stunde nachher in einer eigenthümlichen Färbung der Mundschleimhaut und der Nägel. Diese Färbung steigerte sich in den ersten zwei Stunden und verlor sich dann allmählig. Am Abende des zweiten Tages seit dem Gebrauche

dieses Mittels klagte der Knabe über Schwindel und Kopfschmerz.

Am 27. fortwährende Klage über Kopfschmerz und Schwindel, darauf Erbrechen. Die Arznei wird ausgesetzt und am Tage darauf sind diese Symptome verschwunden; die Anfälle des Veitstanzes seltener und milder.

Am 29. wird die Arznei wieder gegeben und am Abende des 30. klagte der Knabe wieder über Kopfschmerz. Verstopfung ist nicht vorhanden.

Am 31. wird ein Terpentinklystir gegeben, weil man Spulwürmer vermuthete; das Klystir wirkte gut, aber Würmer gingen nicht ab.

Am 3. Februar: Der Knabe nimmt fortwährend das Anilin und hat gar keine Beschwerde weiter; er fühlt sich viel besser, hat aber noch dann und wann Anfälle von Muskelzuckungen.

Am 14.: Die Besserung ist zunehmend; es zeigen sich nur noch geringe Zuckungen und am 25. wird der Knabe geheilt entlassen. Er hat im Ganzen 200 Gran Anilinsulphat genommen.

Zweiter Fall. H. R., 17 Jahre alt, wird am 17. Dezember 1862 aufgenommen. Sein Veitstanz datirt sich seit 8 Monaten. Die linke Seite ist vorzugsweise eingenommen. Später betraf der Veitstanz die rechte Seite am stärksten. Der Bursche sieht etwas bleich und blutleer aus. Die Behandlung ist dieselbe. Auch hier folgt Kopfschmerz und Schwindel. Das Anilinsulphat wird mit geringen Unterbrechungen bis zum 29. Januar gegeben und dann der Knabe geheilt entlassen. Er hat im Ganzen 219 Gran genommen.

Es ist ersichtlich, dass aus diesen beiden Fällen noch kein Schluss zu ziehen ist, und es scheint in der That, dass das Anilinsulphat nicht viel mehr leistet.

III. Gelehrte Gesellschaften und Vereine.

Aus den Verhandlungen der Akademie der Medizin zu Paris in den Jahren 1860 1864.

Ueber die Anwendung des Jods und der mit Jod versetzten Nahrungsstoffe zur Heilung und Verhütung verschiedener Krankheiten, und über den Jodismus.

Ueber den ersteren Gegenstand hat Hr. Boinet, über den anderen Rilliet in Genf eine Abhandlung eingereicht. Von Ersterem wird, wie der Berichterstatter Hr. Trousseau angibt, nichts Neues vorgebracht und einzelne Präparate werden sogar für nicht recht passend erachtet. Die Verbindung des Jods mit Nahrungsmitteln und Getränken, um Kropf, Scrophulosis und Tuberkulosis zu verhindern, verwirft Hr. Tr. und gewiss mit vollem Rechte. Denn diese Verbindung ist oft chemisch nicht zulässig und es ist überhaupt bedenklich, ein wahrlich nicht indifferentes Mittel, wie das Jod, ohne alle Indikation, einer ganz unbestimmten Prophylaxis wegen, gewissermassen verspeisen und vertrinken zu lassen. Ein Mittel, welches überwacht werden muss, darf nicht anders, als in bestimmten Dosen und unter ganz bestimmten Anzeigen gegeben werden. Wollte man den Speisen und Getränken Jod beimischen, so könnte man ja die Jodtinktur oder das Jodkalium kurz vor der Mahlzeit nehmen lassen, was immer doch noch besser wäre, als dieses Agens, wie Hr. B. vorschlägt, in Zwieback, Kuchen, Brod, Wein hineinbringen und damit geniessen zu lassen. Wichtiger ist die zweite Abhandlung über die Jodvergiftung. Der Verfasser nimmt drei Grade an; der erste Grad, durch das Jod und seine Präparate in grosser Dosis erzeugt, kann in jedem Alter und in jedem Lande bei Gesunden und bei Kranken vorkommen und ist wohl auch überall bekannt; sein Hauptsymptom besteht in Magenschmerzen und gastrischen Störungen.

Der zweite Grad, der nach Rilliet nicht so oft vorkommt, als der erste, weil er einer besonderen Prädisposi-

tion bedarf, die sich nicht immer findet, kommt auch bei Kindern und Erwachsenen aller Länder vor, ist aber weniger bekannt; er wird auch durch zu grosse Dosen des Jods erzeugt und charakterisirt sich durch Nervenzufälle und Störungen der Sekretion und Nutrition.

Der dritte Grad endlich, der noch weniger bekannt ist und der den Hauptgegenstand der Rilliet'schen Arbeit ausmacht, erzeugt die Krankheit, welche Coindet unter dem Namen Jodsaturation (Saturation iodique) beschrieben hat, und welche Andere Jodismus oder Jodkachexie genannt haben. Rilliet bedient sich des Ausdrukes: konstitutioneller Jodismus. In dieser allgemeinen Jodvergiftung, wie man sie auch wohl nennen kann, spielen die Gaben und die Art der Präparate des Jods nur eine Nebenrolle. Das Jod an und für sich hat immer eine spezifische Wirkung auf den Organismus und drängt sich allmählig als Gift ein, selbst wenn es in ganz kleinen Dosen und in verschiedener Verbindung längere Zeit gegeben wird. Rilliet stützt diese Behauptung auf eine ziemlich grosse Zahl von Thatsachen, aus denen hervorgeht, dass das Jodkalium zu 1 Centigramm. bis 2 Milligramm. in Pillen oder in Auflösung und zu $1^1/_2$ Centigramm. in Einreibung schon diese Art von Vergiftung herbeigeführt hat. Er führt selbst einige Beispiele an, wo Vergiftungssymptome bei Einigen lediglich durch ihren Aufenthalt am Meeresstrande entstanden sein sollen. Die Symptome der allgemeinen Jodvergiftung sind hauptsächlich: rasche Abmagerung bei sehr gesteigertem Appetit und nervöses Herzpochen. Diese Abmagerung ist bisweilen so gross, dass die Kranken in ganz kurzer Zeit so erscheinen, als befinden sie sich im höchsten Grade der Tuberkelsucht, und man kann den Zustand wegen seiner raschen Ausbildung leicht für galoppirende Schwindsucht ansehen. Zuerst beginnt er mit Abnahme des Kropfes, wenn solcher vorhanden ist, mit Verkleinerung der Brüste und der Hoden. Das Antlitz wird eher mager als der übrige Körper. Zu diesen Erscheinungen gesellen sich später die der Hypochondrie und Hysterie.

Nach Angabe des Verlaufes der Prognose und Behandlung der Jodvergiftung schliesst der Berichterstatter mit einem Danke

an den Verfasser und es wird die Veröffentlichung der Arbeit beschlossen.

Es knüpfte sich daran eine Diskussion, die sehr viele Sitzungen einnahm und in welcher viel gesprochen wurde, was nur sehr geringen Werth hat. Hr. Ricord eröffnete den Reigen und sprach über seine Erfahrungen, die er durch das Jod bei Syphilitischen gewonnen hat. Er habe gleich im Anfange gefunden, dass kleine Dosen des Jodkaliums, welches Jodpräparat nur allein von ihm gebraucht worden ist, nichts helfen, sondern dass, um eine Wirkung zu haben, das Mittel zu 3 bis 6 Grammen pro dosi gegeben werden muss. Andere sind noch für viel grössere Gaben und haben auch davon keinen besonderen Nachtheil gesehen. Im Gegentheile hat das Jodkalium oft die Verdauung belebt, den Appetit vermehrt, die Ernährung begünstigt und das Blut verbessert, indem es dasselbe von seinem syphilitischen Virus befreite. Als Zeugniss davon gilt die Zunahme an Fleisch, welche so oft nach einer ordentlichen Jodkur sich bemerklich macht. Hr. Ricord will diese Zunahme bei Syphilitischen schon am 15. Tage der Jodkur durch die Wagschale konstatirt haben. Bei Kindern besonders, die dyskrasisch erscheinen und bei denen man einen Uebergang von Syphilis zur Skrophulosis zu sehen glaubt, wirkt das Jodkalium ausserordentlich günstig, und zwar kann man ziemlich hoch damit gehen, ohne dass irgend ein Nachtheil entsteht. Manche Menschen vertragen allerdings nur kleine Gaben, manche aber auch wieder sehr grosse, und es geht damit wie mit vielen anderen Mitteln von bestimmter Wirkung. — Hr. R. bemerkt bei dieser Gelegenheit, dass das Jodkalium bei Syphilitischen, besonders nach dem Gebrauche des Merkurs, ganz vortrefflich wirkt, um Rückfälle zu verhüten, falls es nur eine längere Zeit fortgebraucht wird. Besondere Zufälle, die man dem Gebrauche der Jodpräparate zugeschrieben hat, hat Hr. R. auch gesehen, aber er muss bestreiten, dass Atrophie der Hoden, wie Manche annehmen, dadurch herbeigeführt werde; ihm ist kein Fall der Art vorgekommen, obgleich er sich bei allen Männern und auch bei Knaben, denen er eine lange Zeit das Jodkalium gegeben, bemüht hatte, sich davon durch genaue Messung zu überzeugen. Unter Umständen ist das Jod

auch ein vortreffliches Mittel bei Bleichsucht oder Anämie; junge Mädchen und Frauen fingen an unter Einwirkung dieses Mittels, besonders wenn dasselbe neben eisenhaltigen Wässern oder Eisenpräparaten gegeben worden ist, wirklich aufzublühen, nachdem alle übrigen Mittel nichts geholfen hatten. Was man von den Hoden bei Männern gefürchtet hat, das hat man auch von den Brüsten der Frauen und Mädchen gedacht; man hat auch geglaubt, dass die Brüste unter dem Gebrauche des Jods atrophisch werden, aber Hr. R. behauptet, niemals eine solche Wirkung gesehen zu haben; jedenfalls muss sie sehr selten vorkommen. — Bei gewissen krankhaften Schwellungen der Brüste und der Hoden wirkt der innerliche Gebrauch des Jodkaliums allerdings verkleinernd, aber nur auf die krankhafte Masse. „Wenn man," sagt Herr R., „bei syphilitischer Sarkocele Jodkalium gibt, und bereits der Hode eine organische Veränderung erlitten hat, so sieht man, dass die Masse sich allerdings verkleinert und der Hode fast ganz verschwindet, allein die Zerstörung des Hodens ist hier nicht dem Jodkalium beizumessen, denn das Organ existirte ja eigentlich schon vor dem Gebrauche dieses Mittels nicht mehr, sondern war bereits in eine heterogene Textur umgewandelt, welche durch das Jodkalium weggeschafft wird. Wird dagegen dieses Mittel im Beginne der Sarkocele gegeben, so wird nur das Krankhafte beseitigt, und dasjenige, was im Hoden noch normal ist, bleibt unverändert. Ganz dasselbe gilt von den weiblichen Brüsten." Wie gesagt, eine Jodvergiftung in dem Sinne, wie Rilliet sie annimmt, hat Hr. R. nie beobachtet; höchstens gibt er eine gewisse Idiosynkrasie zu, wie sie auch bei anderen Mitteln vorkommt; das Jod und seine Präparate bewirken dann wohl gastrische Störungen, Kongestion nach den Lungen, skorbutische Erscheinungen u. s. w. Diese Zufälle sind aber meistens von geringer Dauer und gehen vorüber, wenn man das Mittel aussetzt.

Herr Bouchardat bemerkt, dass er sich bemüht habe, die Wirkungen des Jods genau kennen zu lernen; er habe sich beschäftigt mit der Wirkung des freien Jods und mit der der Jodpräparate, und er sei zu folgenden Resultaten gelangt: 1. Man hat die Gefahren der Anwendung des freien

Jods sehr übertrieben; aus den Versuchen von Orfila, Magendie und seinen eigenen geht hervor, dass das freie Jod, selbst in grossen Dosen, anhaltend gereicht, nur leichte und vorübergehende Zufälle erzeugt; von wirklichen Vergiftungszufällen gibt es keinen authentischen Fall. — 2. Mit noch geringerem Rechte hat man das Jodkalium als Gift angesehen; die Versuche, die er vorgenommen und die er 1847 schon veröffentlicht hat, beweisen, dass dieses Salz weniger durch seinen Jodgehalt als durch seinen Kaligehalt wirkt, und dass es auch in dieser Beziehung lange nicht so aktiv ist, als andere Kalisalze. — 3. In therapeutischen Dosen angewendet, erzeugen die Jodpräparate bisweilen Lokalwirkungen, die wohl bekannt sind; was aber die allgemeinen Wirkungen auf das ganze Fettgewebe und auf die Drüsen betrifft, so sind die Ansichten getheilt. Nach Einigen vermehrt das Jodkalium die Fettbildung; nach Anderen findet das Gegentheil Statt und verkleinern sich auch die Drüsen, aber dieser Widerspruch erklärt sich aus den verschiedenen Bedingungen, unter denen die Jodpräparate angewendet werden. Bei tertiärer Syphilis z. B. wirken sie sehr wohlthätig, indem sie die Ernährung wieder herstellen und folglich Fettablagerung begünstigen, während sie unter anderen Umständen diese Wirkung nicht haben. Einen nachtheiligen Einfluss der Jodpräparate hat man aber, wenigstens in Paris, nicht bemerkt. Ob es sich in Genf, dem Wohnorte Rilliet's, wo die Luft weniger jodhaltig ist, anders verhalte, als hier, muss erst untersucht werden.

Hr. Piorry: Seit 15 Jahren hat er das Jod mit seinen Präparaten, innerlich und äusserlich, in den verschiedensten Krankheiten (Skropheln, Rhachitis, Gelenkvereiterungen, Pottsches Leiden, Syphilis, Kropf, Lungenschwindsucht, Fisteln, Wunden u. s. w.) angewendet, aber nie Vergiftungszufälle beobachtet. Seiner Ueberzeugung nach beruht diese Furcht vor Vergiftung auf einem Irrthum, auf falscher Beobachtung, indem man viele Zufälle ihm zugeschrieben hat, welche der Krankheit selbst angehörten. Ein unmässiger und nicht richtiger Gebrauch des Jods kann gewiss allerlei Störungen bewirken, aber diese sind vorübergehend und berechtigen nicht zur An-

nahme einer Vergiftung. Wolle man diesen Ausdruck gebrauchen, so müsste man ihn überall anwenden, wo kräftige Arzneimittel ohne allen Sinn und ohne alle Indikation gemissbraucht werden. Ob in Bezug auf die Wirkung des Jods ein Unterschied obwaltet zwischen Paris und Genf, müsse er dahingestellt sein lassen. — Hr. Chatin verbreitet sich über den Gehalt an Jod in der Luft, im Wasser und im Boden der verschiedenen Gegenden und hält es für festgestellt, dass da, wo diese Elemente sehr jodarm sind, im Verhältnisse der Kropf am häufigsten ist. In Bezug auf diesen Punkt sowohl als in Bezug auf die Frage, ob es eine wirkliche Jodvergiftung gebe, wünscht er die Niedersetzung einer Kommission.

Herr Gibert stellt folgende Sätze auf und bittet die Akademie, sie besonders in Erwägung zu ziehen: 1. Das reine Jod und besonders das durch Zusatz von Jod verstärkte Jodkalium, welche Verbindung unter dem Namen „Liqueur iodurée de Lugol" bekannt ist, wirkt leicht giftig oder ist so reizend, dass es sehr ernste gastrische Störungen erzeugt. 2. Das Jodkalium für sich ist fast immer unschuldig, wenn man nicht über 1 bis 3 Grammen täglich hinausgeht, und es hat unzweifelhaft antisyphilitische Eigenschaften. 3. Die sicherste Behandlung der Syphilis besteht in Anwendung einer Verbindung des Jodkaliums mit Merkur, wie dieses in dem „Sirop de deuto-iodure ioduré" der Fall ist; das Protojodure des Merkurs, welches jetzt sehr häufig gebraucht wird, ist unlöslich und seine reizende Einwirkung auf die Eingeweide und das Zahnfleisch bestimmt ihn, dieses Präparat für unzuverlässig zu erachten und es der Popularität, die es erlangt hat, durchaus nicht für würdig zu erklären. 4. Die von Astruc empfohlenen Merkurialeinreibungen und der van Swieten'sche Liquor verdienen unter den anti-syphilitischen Mitteln den allerersten Rang. 5. Die anti-skrophulöse Wirkung des Jods ist von Lugol viel zu hoch angeschlagen worden. Innerlich gebraucht, hat das Jod gegen die Skropheln nur in so weit eine gute Wirkung, als es mit guten hygieinischen Bedingungen zugleich verbunden ist, deren Einfluss auf die Skropheldiathese von der allergrössten Bedeu-

tung ist. Die örtliche Anwendung der Jodpräparate und besonders der Jodtinktur hat nichts Spezifisches, sondern wirkt entweder reizend oder fördernd auf die Absorption. 6. Die ärztliche Praxis strebt allerdings dahin, immer mehr spezifische Mittel zu erlangen, und in dieser Hinsicht ist die Einführung des Jodkaliums in die Behandlung der Syphilis immer ein Gewinn. 7. Endlich ist der Rilliet'sche Jodismus, der vielleicht in Genf vorkommen mag, eine den Aerzten in Paris fast ganz unbekannte Vergiftung.

Herr Velpeau will in den Gegenstand nicht speziell eingehen, sondern nur sagen, was er in der Praxis über das Jod erfahren hat. Er hat dieses Mittel und seine Präparate seit 25 Jahren innerlich und äusserlich wohl bei 12- bis 14,000 Kranken angewendet und niemals etwas von dem gesehen, was Rilliet als Jodvergiftung bezeichnet hat. Vorgekommen sind ihm nur die Zufälle, welche schon von Lugol beschrieben sind, nämlich gastrische Reizung, eine Art Schnupfen, etwas Halsweh und Ptyalismus, niemals aber, wie gesagt, Atrophie drüsiger Organe oder Abzehrung. Nur zweimal, bei einem jungen Manne und bei einer jungen Dame, schien der längere Gebrauch des Jodkaliums eine Abmagerung zu erzeugen, aber weiter keinen Schaden zu thun, und mit dem Aussetzen des Mittels hob sich auch sofort wieder die Ernährung des Körpers. Es ist fraglich, wie nun die Erfahrungen und Aussprüche Rilliet's, eines so ausgezeichneten Beobachters, zu erklären seien? Ist es wirklich in Genf in dieser Beziehung anders als in Paris und an anderen Orten? Hat vielleicht die Art der Verabreichung des Mittels oder die verschiedene Beschaffenheit desselben die Schuld? Hr. V. will diese Fragen unentschieden lassen. Er könne nur behaupten, dass er vom längeren Gebrauche selbst grosser Gaben der Jodpräparate nichts Nachtheiliges zu bemerken Gelegenheit gehabt habe, wofern nur unter richtigen Indikationen ihre Anwendung geschah. — Hr. Baillarger, der nun das Wort nimmt, spricht seinen Zweifel aus, ob die Gebirgsluft in Genf und dessen Umgegend einen besonderen Einfluss auf die Wirkung des Jods habe. Er bemerkt nur, dass dieses Mittel gegen den Kropf ganz gut thue, dass es aber gegen

den Kretinismus nichts leistet, obwohl es auch hier im Allgemeinen den körperlichen Zustand etwas zu bessern pflegt. — Im weiteren Verlaufe der Diskussion macht Hr. Trousseau einige Bemerkungen über die Hypothese, welche das Vorkommen des Kropfes und des Kretinismus von dem geringen oder fehlenden Jodgehalte in der Luft und im Trinkwasser abhängig macht. Hr. Chatin gründet diese Hypothese auf die Beobachtungen und Untersuchungen, welche er in verschiedenen Alpengegenden vorgenommen hat. Dem steht aber entgegen, dass Landstriche, wo ein solcher Jodgehalt nicht gefunden wird, wie die von Grenoble, Turin, Genua, Alexandrien (Italien), Montebello u. A., wenig oder gar keine Fälle von Kropf zeigen. Andererseits gibt es Gebirgsthäler, z. B. in den Pyrenäen, wo sich Soolquellen befinden und wo das Wasser dieser Quellen und dessen Salze Jod enthalten und von den Bewohnern vielfach benutzt werden und wo dennoch der Kropf sehr häufig ist. Hr. Chatin versucht eine Widerlegung dieser Angaben; er hat den Kropf bloss dadurch verschwinden sehen, dass die Kranken aus der Gegend, wo Luft und Wasser kein Jod enthielten, in eine andere versetzt wurden, wo diese Elemente wohl jodhaltig waren; er rühmt gegen den Kropf folgendes Verfahren: Man lässt den Kranken ein- oder zweimal täglich Luft einathmen, welche durch Wasser, das stark mit Jodtinktur versetzt ist, durchgetrieben wird, oder man lässt ein Säckchen oben auf der Brust tragen, welches mit Jodkalium und Salmiak gefüllt ist und welches fortwährend Jod aushaucht. Mit der Genesis des Kropfes hängt die des Kretinismus innig zusammen: der beste Beweis ist, dass in den Ortschaften und Familien, in denen die erstere Krankheit häufig ist und zunimmt, auch die letztere steigt, und umgekehrt. Der Umstand, dass das Jod den Kropf heilt und nicht den Kretinismus, ist kein Gegenbeweis, weil ja bei letzterem schon organische Veränderungen in der Gehirnmasse und besonders in den Hemisphären eingetreten sind. Auch die Behauptung, dass Kretinismus vorkomme ohne vorgängigen Kropf, kann nicht entgegentreten, da erstere Krankheit eine angeborene ist oder in frühester Kindheit sich entwickelt, wogegen der Kropf meistens zur Zeit der Pubertät zum Vorscheine kommt;

Kretins erreichen selten dieses Alter. In Bezug auf den Jodismus nimmt Hr. Chatin die Idiosynkrasie in Anspruch, die beim Jod eben so gut vorhanden sein kann, als bei jedem anderen Mittel. — Die übrigen Angaben in Bezug auf das Vorkommen der hier genannnten Krankheiten in jodhaltigen Gegenden und das Nichtvorkommen in nichtjodhaltigen glaubt er als irrig bezeichnen zu müssen.

Ueber Hypertrophie der Mandeln bei Kindern.

Hr. Blache berichtet über eine Abhandlung, welche Hr. Lambron, Badearzt zu Luchon, eingesendet hatte. Die Hypertrophie der Mandeln bei Kindern hat den Nachtheil, dass sie das Schlucken erschwert, die Stimme belegt, das Gehör schwächt, die geistige Entwickelung beeinträchtigt und die freie Cirkulation der Luft im hinteren Theile des Rachens hindert, so dass nach und nach die Respiration leidet und vielleicht auch eine Deformität des Thorax die Folge ist. Der Verfasser glaubt, die differentielle Diagnose zwischen dieser Deformität und der rhachitischen begründen zu müssen. Der Hauptcharakter der rhachitischen Deformität des Thorax besteht darin, dass die Knorpel da, wo sie an die Rippen sich ansetzen, einen Vorsprung bilden, so dass an beiden Seiten des Thorax die bekannte von oben nach unten gehende flache Rinne oder Depression sich bildet. Die Deformität des Thorax in Folge der Hypertrophie der Mandeln dagegen charakterisirt sich durch eine quere Depression in der Gegend, wo die beiden oberen Drittel desselben mit dem unteren Drittel zusammentreffen, und diese Depression scheint wie durch einen Ring erzeugt zu sein. Komplizirt wird die Hypertrophie der Mandeln durch häufige Wiederkehr von katarrhalischer Affektion des Halses und der Eustachischen Tuben, und der hartnäckige und oft langwierige Husten kann dann leicht auf den Gedanken bringen, dass Phthisis vorhanden sei. — Der Verfasser meint, der Hypertrophie der Mandeln liege eine Dyskrasie zu Grunde und er denkt an die rhachitische, die skrophulöse und die herpetische; Hr. Blache sagt, dass er selbst von dieser Annahme sich bestimmt gesehen habe, den Gebrauch der Schwefelwässer anzurathen. Die glücklichen Erfolge, die

nun Hr. Lambron in dem Badeort Luchon (Bagnères de Luchon) erlangt hat, übertrafen seine Erwartungen. Das gute Resultat ist aber hauptsächlich dadurch erreicht, dass das Mineralwasser in einem angemessenen Strahle (Douche) auf die kranken Organe innerlich und äusserlich (in der Gegend der Unterkieferwinkel) hingeleitet wurde. Unter dem Einflusse dieser Douche verlor sich die Hypertrophie der Mandeln sehr rasch und ein operatives Eingreifen wurde sehr oft ganz unnöthig.

Spina bifida glücklich behandelt mit Jodeinspritzungen.

Ueber die von Dr. Sezerie, Arzt zu St. Barthelemy, eingesendete Krankengeschichte berichtet Hr. Gosselin. Der Fall betraf ein $9^1/_2$ Monat altes Mädchen, welches an Paraplegie und unvollständiger Lähmung der oberen Gliedmassen litt. Eine Geschwulst, so gross wie eine Pomeranze, sass auf dem unteren Theile der Lumbargegend der Wirbelsäule; sie verkleinerte sich beim Drucke, nahm aber beim Nachlasse desselben wieder zu und hatte sich schon zweimal von selbst geöffnet. Am 12. März 1859 machte Hr. S. die Punktion mit einem gewöhnlichen Troikar und zog 30 Grammen einer gelblichen Flüssigkeit ab; darauf spritzte er, während ein Gehilfe den Sack an der Basis komprimirte, ungefähr 30 Grammen einer etwas verdünnten Jodtinktur ein und liess diese Flüssigkeit etwa 3 Minuten darin, dann aber drückte er sie fast ganz wieder heraus; der Erfolg war ganz nach Wunsch, der Sack füllte sich nicht wieder; die unvollständige Lähmung der oberen Gliedmassen verlor sich bald und auch die Paraplegie nahm nach und nach ab, so dass jetzt (2 Jahre nach der Operation) das Kind stehen, gehen und laufen kann; es hat nur noch etwas Inkontinenz des Urines. — Hr. Gosselin erinnert bei dieser Gelegenheit an die interessanten Erfahrungen über die Behandlung der Spina bifida mit Jodeinspritzungen von Debout, Ebra und Viart. Im Ganzen sind bis jetzt mit dem hier mitgetheilten Falle in Frankreich 11 bekannt geworden, wovon 6 Erfolg hatten, 4 mit dem Tode endigten und 1 ohne Erfolg geblieben war. Unter gutem Er-

folge ist ein vollständiges Verschwinden des Tumors zu verstehen, da es selbstverständlich ist, dass die Jodeinspritzung nicht die anderen Uebelstände, welche die Spina bifida begleiten, nämlich die fehlerhafte Gestaltung der Rückenmarkssäule und die damit in Verbindung stehenden Lähmungen, beseitigen kann. Es scheint demnach, dass in allen Fällen von Spina bifida, wo eine Operation überhaupt indizirt ist, die Jodeinspritzung noch am meisten zu empfehlen sei. — Bei dieser Gelegenheit berichtet Hr. Desportes über einen Fall von spontaner Heilung der Spina bifida und glaubt, dass es rathsam sei, mit einer Operation überhaupt sich nicht zu übereilen. — Hr. Depaul will die Fälle, in denen operirt werden müsse, von denjenigen unterschieden wissen, in denen es rathsam sei, sich einer Operation zu enthalten. Es scheint ihm, dass der Zustand der Kutis, die Konnexionen des Tumors mit den anatomischen Elementen des Rückenmarkes bestimmte Anhaltspunkte in dieser Hinsicht gewähren können; er würde ein anderes Mal hierüber sich genauer aussprechen können.

In einer späteren Sitzung wird der Gegenstand wieder aufgenommen und ein kleiner Aufsatz von Hrn. Kuhn in Gaillon verlesen; wir theilen das Wesentlichste daraus mit. Die Spina bifida besteht bekanntlich in einer Hernie entweder des Rückenmarkes mit seinen Häuten oder bloss der Rückenmarkshäute durch eine abnorme Oeffnung des Wirbelkanales. Als Ursache wird eine Anhäufung von Flüssigkeit zwischen den Meningen (Hydrorrhachis extra-medullaris s. peripherica), oder innerhalb des Markes selbst (Hydrorrhachis intra-medullaris s. centralis) angesehen. Hieraus entspringt der grosse Unterschied in der ganzen Zusammensetzung des Tumors, indem in dem einen Falle die Wände ausschliesslich aus den äusseren Hautdecken und Meningen gebildet sind, in dem anderen Falle aber Rückenmarkssubstanz selbst enthalten, welche allerdings sehr ausgedehnt ist und eine dünne oft kaum zusammenhängende Platte bildet. Die weiteren Folgen sowohl als die Symptome sind, wie sich denken lässt, bei der letzteren Art viel ernster und bedeutender, als bei der ersteren, und auch das Resultat der Behandlung, namentlich der

Punktion, muss verschieden sein, weil in dem einen Falle die Verletzung des Rückenmarkes mittelst des Instrumentes kaum wird vermieden werden können, während in dem anderen doch nur die Häute verwundet werden. — Was den Sitz betrifft, so weiss man, dass die Spina bifida wohl immer nur auf der Mittellinie der Wirbelsäule vorkommt, und in einem langsamen und allmähligen Auseinanderweichen der Wirbelbogen, so dass der Dornfortsatz nicht zu Stande kommt, bisweilen aber auch in einer Lücke des Wirbelkörpers oder des vorderen Bogens des Wirbels besteht, weshalb denn nach Hrn. K. noch unterschieden werden müsste zwischen Spina bifida posterior und anterior, welche letztere aber überaus selten ist.

Die häufigere Form, nämlich die Spina bifida posterior, kann an allen Stellen der Wirbelsäule vorkommen; am meisten aber zeigt sie sich in der Sakral- oder Sakro-Lumbargegend. Weiter oben in der Lumbargegend sind sie nicht so häufig; man trifft sie noch ziemlich oft in der Nackengegend, und zwar in der Occipito-Cervikalgegend und auch noch in den anderen oberen Halswirbeln, wo dann gewöhnlich Hydrencephalus oder Anencephalus damit verbunden ist. Selten sitzt die Spina bifida in dem grossen Theile der Wirbelsäule, welcher sich zwischen dieser oberen und jener unteren Gegend befindet. Es kann die Spalte, welche das Uebel darstellt, nur einen einzigen Dornfortsatz oder Wirbelbogenschluss betreffen; in der Regel aber erstreckt sie sich auf mehrere, und es sind Fälle notirt, wo die Hälfte, zwei Drittel, ja selbst die ganze Strecke der Wirbelsäule und des Kreuzbeines hinten offen waren und selbst ein Theil der Kopfwirbel mit ergriffen war. In diesen äussersten Fällen findet man auch gewöhnlich das Rückenmark und Gehirn zerstört und höchstens nur noch Spuren von ihren Häuten und Reste der Nervenwurzeln, welche in der Flüssigkeit, die den grossen Sack erfüllt, und in der amniotischen Flüssigkeit lose flattern.

Was die Spina bifida anterior betrifft, so hat Hr. K., wie er angibt, nur zwei Fälle gesehen, und zwar war der Sitz in dem einen die Cervikal-, in dem anderen die Sakralgegend. Die beiden Subjekte waren monstruöse Fötus, die noch in mancher anderen Beziehung interessant waren, aber

hier nur in so weit angeführt werden sollen, als sie die Hydrorrhachis betreffen. Der erste Fötus, bezeichnet als Spina bifida anterior cervicalis, gehört dem Hrn. Serres, ist in dem Atlas von J. Guérin abgebildet und stellt ausser anderen Anomalieen eine Spalte der Körper der 5 oder 6 untersten Halswirbel dar, deren Seitentheile vorhanden sind und nach hinten zu in dem gehörigen Bogen sich verbunden haben. Bei dem anderen Fötus, welcher 1837 angetroffen wurde und in der Sammlung von J. Guérin sich befindet, sieht man neben anderen Anomalieen und Deformitäten ein Auseinanderstehen des vorderen Bogens der Wirbelringe; diese vordere Spalte betrifft die 2 oder 3 letzten Sakralwirbel. Die Spalte war von einem birnförmigen Sacke eingenommen, welcher mit seinem kolbigen Ende nach unten stand, in das kleine Becken hinabragte und im Damme eine wallnussgrosse Geschwulst bildete, die fast wie ein Skrotum aussah. Bei Eröffnung dieser Tasche war Hr. K. sehr überrascht, die innere Wand aus Markmasse gebildet zu sehen, von welcher Nervenfäden nach oben unten ausgingen. Es war dieses offenbar das untere Ende des Rückenmarkes mit den Nerven der Cauda equina.

Bei vielen Subjekten findet man einen trichterförmigen Eindruck, welcher mit der Membran in Verbindung steht, die die untere Oeffnung des Sakralkanales auskleidet und welche auf der Mittellinie in der Gegend, wo das Kreuzbein mit dem Steissbeine zusammentrifft, gelegen ist.

Der Wassersack, welcher die Spina bifida ausfüllt, und welcher die Bezeichnung Hydrorrhachis rechtfertigt, ist nicht ganz und gar von der Kutis bedeckt. Die Rückenmarkshäute liegen in der Regel an dem hervorspringendsten Theile des Tumors ganz blos, und diesem Umstande ist besonders die grosse Neigung zur Selbstöffnung oder zum Aufbrechen zuzuschreiben. Es entsteht nun natürlich die Frage, ob in den ziemlich zahlreichen Fällen, wo es möglich ist, mittelst eines methodischen Druckes den Inhalt des Sackes, ohne dass üble Zufälle entstehen, in den Rückenmarkskanal zurückzudrängen, es nicht rathsam wäre, an der Basis des Tumors Hautlappen zu bilden, diese über die Meningealwand hinüberzulegen und

sie mit einander in Verwachsung zu bringen? Es würde dadurch der doppelte Vortheil erreicht werden: erstlich, eine gute Decke zu bilden, um die Verletzung sowohl als auch das freiwillige Aufbrechen der bloßliegenden Rückenmarkshäute zu verhindern, und dann, eine fortwirkende Kompression herzustellen; jedenfalls würde, wenn diese Lappenbildung gelänge, die so grosse Gefahr, welche die Punktion und die Injektion mit sich führt, wie auch der Eintritt von Entzündung, verhütet werden.

Ueber die Ausschneidung des Hüftgelenkes.

(Bericht des Hrn. Gosselin im Namen einer Kommission, zu der die HHrn. Larrey, Jobert und Velpeau gehören, über eine diesen Gegenstand betreffende Abhandlung des Hrn. Lefort, Prosektors der medizinischen Fakultät.)

Die Ausschneidung des Hüftgelenkes wird in Frankreich ganz anders angesehen, als in England und Deutschland, und es verlohnt sich wohl, die Stimmen von dort her zu hören. Die Folgen der Hüftgelenkentzündung sind bekannt: Zerstörung des ligamentösen Apparates und der Gelenkknorpel, Karies, Vereiterung, Fistelbildung, Erschöpfung und Tod, oder spontane Luxation, Verkürzung und Kontraktur des Beines, so dass es eine fast unerträgliche Last für die ganze Lebenszeit wird. Eine Operation, die es möglich macht, in der grösseren Zahl von Fällen nicht nur das Leben zu retten, sondern auch noch ein zum Gebrauche recht nützliches Glied zu erhalten, ist gewiss ein vortreffliches Geschenk. Es ist überraschend, dass, während in England, Deutschland und Amerika dieser Operation sehr lebhaft das Wort geredet wird, die französische Chirurgie gewissermassen unthätig dabei geblieben ist. Es ist dieses um so räthselhafter, als ja die Natur gewissermassen selbst zu dieser Operation einladet, indem sie sich bemüht, die kranken Gelenktheile nach aussen abzustossen und in einigen Fällen sogar den Femurkopf selbst ausgetrieben hat und darauf den Krankheitsprozess zum Erlöschen brachte. Hr. Lefort will daher die Resektion der kranken Gelenktheile immer dann gemacht wissen, wenn die

Entzündung des Gelenkes in Eiterung übergegangen und sich Fistelgänge gebildet haben, die bis zu den Knochen führen. Mit der Operation zu warten, wäre unrecht, da man jedenfalls das Uebel sich verschlimmern und die Gefahr für den Kranken sich vermehren lässt. Die einzige Bedingung für die Operation ist, dass die Knochentheile des Gelenkes, namentlich der Femurkopf selbst, angegriffen ist, was sich durch genaues Sondiren wohl feststellen lässt. Der Berichterstatter wirft die Frage auf, ob denn diese Feststellung immer möglich sei, und ob nicht Fälle bekannt geworden sind, in welchen ganz von selbst Heilung eintrat, nachdem alles Krankhafte vom Knochen abgestossen war. Wenn dem so ist, so kann die erwähnte Bedingung nicht eine absolute sein. Hr. Lefort spricht sich darüber ungefähr folgendermassen aus: Die Resektion ist jedesmal angezeigt, wenn die Vereiterung des Knochens Fisteln gebildet, welche viel Eiter absondern, weil die fortdauernde Eiterung die Konstitution untergräbt und das Leben mit tödtlicher Erschöpfung bedroht. Es ist genau zu unterscheiden zwischen den Fällen, wo der Eiter aus den weichen Theilen, und denen, wo er vom Knochen kommt. Nur für die letzteren wird die Operation nothwendig und man muss sich daher durch genaues Sondiren von dem Dasein der Karies des Femurkopfes Ueberzeugung verschaffen. In den Fällen, wo diese Karies vorhanden ist, ist entweder spontane Luxation eingetreten oder nicht. Für erstere ist die Resektion ganz besonders indizirt; bei letzteren ist sie nicht kontraindizirt und Hr. L. zählt 30 Beobachtungen auf, in denen der Operateur den Femurkopf in der Gelenkpfanne selbst aufgesucht und aus derselben behufs der Resektion herausgehoben hat. Wenn aber die Pfanne selbst kariös geworden ist? Dann soll man auch hier das Kariöse fortnehmen, so weit es irgend möglich ist, und man wird, wie die in England erlangten Resultate zeigen, auch dann noch Heilung herbeiführen. In 30 von Hrn. L. zusammengestellten Beobachtungen dieser Art, in denen die Resektion des Femurkopfes und zugleich das Abmeisseln oder Abschaben der Karies der Pfanne vorgenommen worden ist, ist 15mal ein gutes Resultat erlangt worden. — Auch die Stellung des

kranken Beines zum Rumpfe bedingt die Operation. Diese Stellung ist verschieden, mag neben der Eiterung und den Fisteln spontane Luxation des Femurkopfes vorhanden sein oder nicht. Bald ist der Oberschenkel gebeugt, bald ist er gestreckt; bald mit der Beugung zugleich in starker Adduktion, bald mit der Streckung in Abduktion und Rotation nach Aussen. Die erstere Stellung ist die häufigere und sie ist es, die die Resektion ganz bestimmt fordert; die andere Stellung, bei der das Bein weniger zur Last wird, erfordert die Operation nur dann, wenn in Folge der andauernden Eiterung Hektik einzutreten droht. Eine Bedingung der Operation ist allerdings noch, dass nicht neben der Gelenkvereiterung noch dyskrasische Uebel oder bedeutende Erkrankungen innerer Organe vorhanden sind.

Wir geben nun einen Auszug aus der statistischen Darstellung der von Hrn. L. aufgefundenen authentischen Fälle von Resektion des Hüftgelenkes wegen Vereiterung desselben. Es sind 86 Fälle, und zwar 42 aus England, 37 aus Deutschland, 6 aus Amerika und nur 1 aus Frankreich (von Roux). Von diesen sind 14 hinsichtlich des Resultates unvollständig oder zweifelhaft, weil über sie vor Ende der Kur berichtet worden ist. Es bleiben also 72 ganz bestimmte Fälle, von welchen 42 (58 Prozent) Erfolg hatten, 29 (40 Prozent) tödtlich abliefen und 1 mit einem Rückfalle, nämlich mit wiedereintretender Knochenvereiterung, endigte. Von den 42 Geheilten hatten 27 ein sehr brauchbares Glied erlangt, so dass sie ohne Krücken, höchstens mit Hülfe eines Stockes, gehen konnten, nur dass sie für den Fuss des operirten Gliedes einen Schuh mit hohem Absatze tragen mussten. Manche von ihnen konnten sehr weite Wege machen, ohne zu ermüden. Wahrscheinlich hatten die meisten etwas mehr, etwas weniger; ob sie einen durchaus sicheren Gang haben und nicht öfter fallen, wird, wie Hr. Gosselin bemerkt, uns hierbei nicht gesagt. Ueber die übrigen 15 Geheilten wird uns auch nicht berichtet, was die Kur bei ihnen erreicht hat, — ob sie nur mit Krücken oder ob sie gar nicht gehen können. Nur dass sie in Folge der Operation nicht gestorben sind, erfahren wir. Die 29 Gestorbenen bringt Hr. L. in 2 Kate-

gorieen: 21, bei welchen der Tod der Operation beigemessen wird, und 8, bei denen der Tod durch anderweitige innere Krankheiten herbeigeführt wurde. Nach dem Alter vertheilten sich die Resultate folgendermassen: im jugendlichen Alter (von 5 bis 19 Jahren) 49 Operirte, davon 17 gestorben (2:6): im erwachsenen Alter 18 Operirte, davon 7 gestorben (2:5). — Hr. Gosselin fragt sich, woher es gekommen, dass die hier in Rede stehende Operation in Frankreich fast gar keinen Eingang gefunden hat? Er glaubt, dass Entzündung und Eiterung des Hüftgelenkes (eigentliche Koxalgie) überhaupt da nicht so häufig, jedenfalls nicht so heftig, auftritt, als in England und Deutschland; es mag dieses, meint er, theils an der Verschiedenheit der Nationalität, theils auch daran liegen, dass in Frankreich die Krankheit gleich von Anfang an besser und richtiger behandelt wird (?!). Er gibt aber zu, dass das nur Vermuthungen seien und dass man eine genaue vergleichende Statistik haben müsste, um ein Urtheil begründen zu können. Bis dahin müssen Erinnerungen aus den Erlebnissen erfahrener Aerzte aushelfen. Nach seinen Erinnerungen glaubt Hr. Gosselin die Fälle von Hüftgelenkvereiterung in drei Klassen bringen zu müssen: 1) Kranke in der Privatpraxis, fast alle Kinder; 2) Kranke in den Hospitälern, auch Kinder, und 3) erwachsene Kranke in den Hospitälern. Was nun die erste Klasse betrifft, so wurde, wie Hr. G. versichert, in der grösseren Zahl der Fälle die Heilung, obgleich die Resektion nicht gemacht wurde, ohne grosse Schwierigkeit erlangt; der Tod erfolgte sehr selten. Er kann aus seiner Erfahrung 5 Fälle ganz genau angeben, in denen nach lange stattgehabter Eiterung und bei einigen schon vorhandenen Andeutungen von Hektik doch Heilung ohne Operation erreicht worden ist; die Kinder blieben allerdings hinkend, aber sie hatten ein gestrecktes Bein und konnten ohne Krücken gehen; sie waren 5, 7, 10 und 14 Jahre alt, als die ersten Symptome sich bemerklinh machten. „Die anderen Mitglieder unserer Kommission (Larrey, Jobert, Velpeau), — fügt Hr. G. hinzu, — besitzen ganz analoge Fälle, und wir wissen, dass fast alle Chirurgen von Paris dergleichen erlebt haben; wir sind demnach zu der Be-

hauptung berechtigt, dass, wenn die Hüftgelenkvereiterung wohl den Tod herbeiführen kann, diese Eventualität wenigstens bei uns ziemlich selten ist, und dass folglich dieser Grund für die Resektion bei den Kindern der ersten Klasse bei uns fast ganz wegfällt." — „Was nun die zweite Klasse, nämlich die mit Koxalgie behafteten Kinder in den Hospitälern, betrifft, so ist deren Zahl gewiss eine viel grössere. Aus eigener Erfahrung können wir hier nichts berichten, da von unserer Kommission Keiner mit einer Kinderheilanstalt in besonderer Verbindung gewesen ist. Wir halten das für einen in unserem Hospitalwesen liegenden Nachtheil, da es gewiss von Belang ist, in demselben Hospitale, wie in England und Deutschland, die Krankheiten Erwachsener mit denen der Kinder vergleichen zu können. Wir müssen uns nun auf die Belehrungen stützen, die wir von Hrn. Bouvier, Guersant, Marjolin und Giraldès und auch von Hrn. Gibert erlangt haben; es geht daraus hervor, dass eine ziemliche Zahl von Hüftgelenkvereiterungen mit dem Tode endigen, und dass andere, wie es aber scheint, in geringerem Verhältnisse, als Hr. Lefort angeführt hat, zur Heilung gelangen, und zwar mit bleibender Deformität verschiedenen Grades. Könnte man sich auf ganz richtige und authentische Zahlen stützen, so würde zu bedauern sein, dass man in den Hospitälern der Resektion der kranken Gelenktheile sich vielleicht zu sehr enthalten habe". — „Es bleibt jetzt noch die dritte Klasse, nämlich die Klasse von erwachsenen Hüftgelenkkranken, welche in den Hospitälern vorkommen. Hüftgelenkvereiterung bei Erwachsenen ist selten und ihre Häufigkeit nimmt ab in dem Maasse, wie das Alter vorrückt. Auch hier fehlen uns genaue statistische Data, aber meine Erinnerungen sprechen zu Gunsten der Angaben des Hrn. Lefort über die sehr traurige Prognose. Die wenigen erwachsenen Kranken dieser Art, die mir vorgekommen sind, sind alle gestorben, und zwar durch Hektik oder durch Lungenphthisis, und es ist sehr möglich, dass letztere die Folge der langdauernden Eiterung oder des während einer Zeit von sehr vielen Monaten oder Jahren gezwungenen Aufenthaltes im Hospitale gewesen ist. Bei Kranken dieser Art kann die

Operation wohl angezeigt sein und es wird dabei allerdings auf die näheren Umstände jedes einzelnen Falles ankommen."

In Bezug auf den auffallend erscheinenden Ausspruch, dass in Frankreich die Koxalgie im Allgemeinen besser und richtiger behandelt werde, als in England und Deutschland, und daher dort die Operation weniger nothwendig werde, bemerkt Hr. Gosselin: „Bei der Dunkelheit, in der wir uns aus Mangel an guten Nachweisen über die relative Sterblichkeit der hier in Rede stehenden Kategorie von Kranken in den Kinderspitälern befinden, wird man unseren Ausspruch, dass die Sterblichkeit in Frankreich bei der Hüftgelenkkrankheit geringer sei, als in allen anderen Ländern, vielleicht für übertrieben erachten, allein wir haben uns durch die in der Privatpraxis gewonnenen Resultate zu diesem Ausspruche bestimmen lassen; auch hat uns dazu das Vertrauen geführt, welches wir in die Heilmittel setzen, über die wir verfügen können, und die, wie aus den Mittheilungen des Hrn. Lefort erhellt, in anderen Ländern weniger angewendet werden als bei uns. Um kurz zu sein, meine ich, dass bei uns in Frankreich die Indikationen für die Ausschneidung des Hüftgelenkes durch unsere Behandlungsweise seltener gemacht werden, und aus diesem Grunde ist bei uns diese Operation sparsamer vorgekommen." — Hr. G. nimmt dann das in Frankreich übliche Verfahren gegen Hüftgelenkkrankheit durch, und schildert dessen gute Wirkung, die eben darin besteht, dass sie die Operation nur höchst selten nothwendig macht. Freilich sind auch Gegenanzeigen gegen die Operation hierbei immer sehr ernstlich ins Spiel getreten und es ist möglich, ja sogar wahrscheinlich, meint Hr. G., dass diese Gegenanzeigen in Frankreich grössere Beachtung gefunden haben, als in England und Deutschland. Von diesen Gegenanzeigen sind besonders zwei hier von Bedeutung, nämlich 1) die Tuberkeldiathese, und 2) die Weigerung der Angehörigen des Kindes. In dieser Beziehung äussert sich Hr. G. folgendermassen: „Wenn bei Kindern auch die Operation bestimmt indizirt ist, so wird sie doch nicht selten von den Angehörigen abgelehnt. Indem ihnen die Operation vorgeschlagen wird, muss ihnen doch auch gesagt werden, dass dadurch

der Tod nicht ganz bestimmt verhütet wird, dass Lahmheit zurückbleiben und die Nothwendigkeit des Gebrauches der Krücken für die Lebenszeit, wenn das Leben des Kindes nach der Operation erhalten bleibt, auch eintreten könne. Nun wissen wir freilich nicht, ob in anderen Ländern die Angehörigen eines Kindes leichtfertiger sind, als bei uns, aber das wissen wir bestimmt, dass diese Aussicht die Angehörigen oft abschreckt und sie dahin bringt, die Operation zurückzuweisen. Der Chirurg selbst wird bei uns um so weniger zur Operation zureden, als er weiss, dass selbst im günstigsten Falle ein Hinken zurückbleibt, und dann dieses Hinken dem Operateur Schuld gegeben und lange nicht mit solcher Resignation ertragen wird, als wenn es lediglich wie eine Folge des Krankheitsprozesses erscheint."

„Um uns über die gewonnenen Erfahrungen kurz zu fassen, glauben wir, den Satz aufstellen zu können, dass, wenn in England und Deutschland die Resektion des Hüftgelenkes viel häufiger gemacht worden ist als in Frankreich, dieses darin seinen Grund hat, dass entweder die Zahl der Hüftgelenkkrankheiten ohne sehr ernstliche Affektion des Allgemeinbefindens dort weit grösser ist als bei uns, oder dass die Krankheit dort nicht so gut behandelt wird als hier, vielleicht, weil wir in Frankreich in der Erwägung der Indikationen viel strenger (?) sind und unsere Gegenanzeigen mehr aus den begleitenden Krankheiten, aus der Zustimmung der Eltern und aus den schlechten hygieinischen Verhältnissen unserer grossen Hospitäler entnehmen."

„Es kann aber auch sein," fügt Hr. G. doch ehrlich hinzu, „dass unsere sehr mangelhafte Kenntniss der ausserhalb Frankreichs gewonnenen Resultate die Schuld trägt." Wir aber glauben nun wirklich, dass dieser Umstand wohl am meisten dahin gewirkt hat, die hier in Rede stehende Operation in Frankreich nicht recht aufkommen zu lassen. Die Franzosen stehen bei ihren sonstigen kosmopolitischen Regungen in der Wissenschaft immer noch auf dem Punkte, dass sie nur Dasjenige zur Anerkennung zu bringen streben, was von ihnen selbst ausgegangen ist, und dass die Entdeckungen und Erfahrungen im Auslande nur sparsam und verhältnissmässig

nur spät bei ihnen zur Geltung gelangen. Hoffen wir, dass, so wie die Franzosen jetzt in Handel und Industrie zu einem lebhafteren und stärkeren internationalen Austausche endlich gebracht sind, sie auch mehr und eifriger um die Wissenschaft und Literatur der anderen ihnen vollkommen ebenbürtigen Nationen sich kümmern werden. — Hr. G. schliesst diesen Theil des Berichtes damit, dass er für die an Hüftgelenkkrankheit leidenden Kinder in der Privatpraxis wohl auch in Zukunft die Resektion der Gelenktheile nur ganz ausnahmsweise für nothwendig erachtet, und dass in den Hospitälern zwischen den Kindern, bei denen die Krankheit auch ohne Operation zur Heilung gelangt, und solchen, bei welchen die Operation auf ganz bestimmte Gegenanzeigen stösst, immer nur eine sehr kleine Zahl verbleiben wird, wo die Operation versucht werden kann, um einer drohenden Hektik entgegenzutreten.

An diesen Bericht des Hrn. Gosselin schliesst sich eine Diskussion, aus welcher wir Einiges mittheilen wollen. Hr. Malgaigne bemerkt, dass die französische Behandlung der Hüftgelenkkrankheit, nämlich: das Unbeweglichhalten (Immobilisation) des kranken Gliedes, eben so viele Misserfolge zeigt, als die Operation. Nicht die etwaigen Vortheile dieser Behandlungsweise, die sie vor der anderen voraus habe, habe die französischen Chirurgen veranlasst, bei ihrem Verfahren zu verharren, sondern wohl mehr eine Art von Widerwillen gegen Alles, was als chirurgische Verwegenheit erscheint. Auch besonders zarte Rücksicht auf die Humanität und die Gefühle der Angehörigen, meint Hr. M., habe die französischen Chirurgen beseelt, wenn sie gewissermassen instinktiv von allen Gelenkresektionen, und besonders von der Ausschneidung des Hüftgelenkes, sich ferne hielten und lieber bei der Kur durch Immobilisation verblieben. Dem steht aber, wie Hr. M. zugesteht, entgegen, dass in Frankreich bei Kniegelenkvereiterung fast immer nur die Amputation im Oberschenkel gemacht worden ist, und zwar sehr oft mit unglücklichem Erfolge, während man in England, Deutschland und Amerika längst schon die Resektion der kranken Theile des Kniegelenkes ausgeübt hat. Wie schwierig und langsam vom

Auslande her eine Operation in Frankreich sich einführt, ergibt sich aus dem Bekenntnisse des Hrn. M., dass selbst die beste und einfachste Resektion, nämlich die des Ellbogengelenkes, nur unter grossen Bemühungen und Kämpfen, die Prof. Roux zu bestehen hatte, Anwendung fand. Man beginnt in Frankreich jetzt wenigstens der Resektion des Schulter- Armgelenkes sich zuzuwenden, weil man doch endlich erkannt hat, dass sie weniger Gefahr in sich schliesst, als die Amputation der Schulter. Hr. M. lässt es aber unentschieden, ob nun nach der Mittheilung des Hrn. Lefort und nach dem Berichte des Hrn. Gosselin bei der Hüftgelenkvereiterung der Resektion mehr das Wort zu reden sei, als der Heilmethode durch Immobilisation; es komme, meint er, hier auf die Art und den Grad des Leidens an; es müsse ein Unterschied gemacht werden zwischen den Fällen von Koxalgie, wo eine spontane Luxation stattgefunden hat ohne tiefgehende Veränderung der Knochenstruktur, und den Fällen, wo Pseudo-Luxation mit Atrophie oder bedeutender Verkleinerung des Femurkopfes vorhanden ist, und endlich den Fällen, wo das obere Ende des Femur und die Gelenkpfanne mehr oder minder durch Karies zerstört sind und im ganzen Gelenke sich Fistelgänge gebildet haben. In den beiden ersteren Kategorieen wird die Resektion ziemlich einfach sein und muss versucht werden, aber in der dritten sind die anatomischen Veränderungen so ernstlicher Art und die Gelenktheile so stark mitgenommen, dass die Operation auf grosse Schwierigkeiten trifft und einen zu bedeutenden Substansverlust erheischen würde, um sie wohl als eine sehr verwegene bezeichnen zu dürfen. In diesen letzteren Fällen würde ein abwartendes Verfahren rathsamer sein, als ein gewaltsam eingreifendes. Hr. M. ist also, wie er schliesslich erklärt, unter diesen Bedingungen ein eifriger Anhänger der Resektion des Hüftgelenkes und wünscht deren Einführung in Frankreich. In Bezug auf die Operation selbst, meint er, müsste nicht nur der Kopf und Hals des Femur sondern auch der grosse Trochanter mit weggenommen werden, weil dieser nach der Operation eine Art Stopfung gegen den Abfluss des Eiters bewirkt. — Hr. Velpeau kann sich nicht enthalten, die

französische Chirurgie in dieser Hinsicht viel höher zu stellen, als die des Auslandes. Zuerst quält er sich ab, zu beweisen, dass die Franzosen schon längst von der Gelenkresektion Kenntniss gehabt haben; dann meint er, in Frankreich kommen die Gelenkvereiterungen, besonders die des Hüftgelenkes, seltener vor, als anderswo, und endlich will er behaupten, dass die französischen Wundärzte verhältnissmässig weit mehr Koxalgieen zur Heilung bringen, als die Nachbarn. In Frankreich sei man der festen Ansicht, dass es bei dieser Krankheit besser sei, ruhig abzuwarten und erst sanftere Mittel zu versuchen, bevor man zur Operation schreitet. Die Dünkelhaftigkeit des Hrn. Velpeau hat etwas Naives: „Ohne der Chirurgie des Auslandes Unrecht thun zu wollen, kann ich doch," meint er, „behaupten, dass wir in Frankreich bessere Aerzte sind, als anderswo, als z. B. in England; wir haben mehr Vertrauen in die Anwendung der anderen Hülfsmittel (Moxen, streifende Kauterisationen, Vesikatorien, methodische Lagerung, innere Mittel u. s. w.)." — Ein ganz besonderes Vertrauen hat er zur methodischen Lagerung des kranken Gliedes, namentlich zur unbeweglichen Haltung desselben in der Streckung, so dass die Gelenkflächen einander sich nicht berühren. Allerdings sei dieses Verfahren ein sehr langweiliges, aber dafür haben in Frankreich auch, behauptet Hr. V., die Chirurgen weniger Todesfälle zu beklagen, als die Kollegen in England und Deutschland. Die einzige Anzeige für die Resektion wäre nur die androhende Hektik, aber hier müsste man sich auch erst fragen, ob die Erschöpfung nur von der Eiterung des Gelenkes herkomme und nicht schon Tuberkulose der Lungen vorhanden sei. Ist Letzteres der Fall, so ist gewiss die Operation verwerflich. Leider aber wird diese traurige Kombination immer vorhanden sein, da ja bei den meisten Kindern, die an Koxalgie leiden, die schlechte Konstitution in dem skrophulösen Habitus sich bemerklich macht. Ist auch die Operation an sich einfach und leicht, so kann sie doch alle üblen Folgen jeder anderen blutigen Operation haben, z. B. Erysipelas, Pyämie u. s. w., welche, namentlich in Hospitälern, doch so leicht sich einstellen, und deshalb schon ist jeder traumatische Eingriff zu

unterlassen, den man nicht durchaus nöthig hat. Hr. V. schliesst nach einigen anderen unbedeutenden Bemerkungen mit dem Satze, dass, so lange das Hüftgelenkleiden nicht zu einer starken Suppuration geführt hat und die Karies oder Nekrose des Femurhalses nicht erwiesen ist, die Resektion abgewiesen werden müsse. Bis dahin müssen erst alle anderen Heilmethoden versucht und auch dann noch alle Anzeigen und Gegenanzeigen genau erwogen werden, bevor man zur Operation schreitet.

(Fortsetzung folgt.)

Register zu Band XLV.

Abelin in Strockholm 12.
After, angeborene Missbildung desselben 288.
Angeborene Krankheiten s. die betreffenden.
Anilinsulphat gegen Veitstanz 433.
Apoplexia nervosa 158; A— s. die betr. Organe.
Arm, dessen Luxationen, s. Oberarm.
Ascites diffusus 57.
Augenbraue, eigenthümliche Folgen einer Wunde in der Gegend der ersteren 427.
Augenspiegel, differentielle Diagnose des chronischen Hydrocephalus und der Rhachitis mittelst dieses Instrumentes 396.

Bazin in Paris 273.
Bein, Fall von angeborener Missgestalt desselben mit sonderbarer Bildung 293.
Bierbaum in Dorsten 57, 211.
Blase, über Stein darin bei Kindern 311, 422.
Bouchut in Paris 271, 277.
Brüche, über dieselbe und deren neuere Behandlungsweisen 49.
Bromkalium, dessen Nutzen bei der tuberkulösen Meningitis 278.
Bronchialdrüsen, Tuberkulose derselben 285.
Brüche s. die betreffenden.
Brünniche in Kopenhagen 238, 254.
Brust, Untersuchungen über deren Punktion bei Kindern 306.
v. d. Busch in Bremen 238, 254.

Chinesen, deren Hautkrankheiten 185; Ch—, zymotische Kinderkrankheiten derselben 376.

Diphtherie, Bemerkungen darüber 329.

Diphtheritis in Norwegen und Schweden, über dieselbe 345.
Drüsen s. die betreffenden.

Eklampsie 215.
Entzündungen s. die betreffenden.
Epidemieen s. d. betreffenden Krankheiten.

Femur, über die Heilbarkeit der angeborenen Luxationen desselben 1.
Fieber s. die betreffenden.
Finger und Zehen, angeborene Verwachsung derselben, Operation, Heilung 430.
v. Franque, J. 39.
Fraser in London 432.
Fremder Körper in der Luftröhre 298.
Frost der Ohren bei Kindern, über denselben 266.

Gehirnkrankheiten s. die betreffenden.
Gehirnvorfall bei Bruch des Stirnbeines 292.
Gesichtsparalyse, Fall davon 258.
Giraldès in Paris 422.
Gosselin in Paris 448.
Greve in Namdalen 345.

Hallin in Fahlun 362.
Hautkrankheiten der Chinesen 185; H— s. die betreffenden.
Hautschmarotzer, deren Behandlung durch gereinigtes Petroleum 271.
Herzkrankheit, Geschichte einer solchen 45.
Hirnerschütterung 211.
Hirnnervenschlag 158.
Hüftgelenkausschneidung, über dieselbe 448.
Hüftgelenkentzündung 151.
Husten vgl. Keuchhusten.
Hydrocephalus, chronischer, und Rhachitis, differentielle Diagnose derselben mittelst des Augenspiegels 306.
Hydromeningocele 291.
Hypertrophie s. die betr. Organe.

Ichthyose 296.
Injektionen, subkutane, über dieselben 52.
Intermittens 57; I— s. Wechselfieber.
Jobert in Paris 448.
Jod, über dessen Anwendung und über jene der mit Jod versetzten Nahrungsstoffe zur Heilung und Verhütung verschiedener Krankheiten 435.
Jodeinspritzungen gegen Spina bifida 444.
Jodismus, über denselben 435.

Kamphervergiftung 290.
Karies s. die betr. Knochen.
Keuchhusten, dessen Behandlung 39; K—, dessen Diagnose aus den Ulzerationen der Zunge 281.
Kinderkrankheiten, zymotische, der Chinesen 376.
Knochenkrankheiten s. die betreffenden.
Kopenhagen, Bericht über dortiges Kinderhospital im Jahre 1863 254.
Krätze, deren Behandlung durch gereinigtes Petroleum 271.
Krebskrankheiten s. die betr. Organe.
Krup, über denselben 12.
Kyanose, Fall davon 238.

Lähmungen s. die betr. Körpertheile.
Larrey in Paris 448.
Lefort in Paris 448.
Luftröhre, fremder Körper darin 298.
Lungenapoplexie Neugeborener 153.
Luxationen s. die betreffenden Körpertheile.

Mandeln, über deren Hypertrophie 443.
Medullarkrebs, Fall davon 256.
Meningitis, tuberkulöse, Nutzen des Bromkaliums dabei 273.
Metatarsus s Tarsus.
Milch, arzneihaltige, deren Anwendung in verschiedenen Krankheiten 229.
Miliaria 219.
Miliartuberkulose, akute 261.
Missbildungen s. die betreffenden.

Neugeborene, deren Krankheiten s. die betreffenden.
Neyber in Wisby 370.
Nieberg in Berge 49.
Niere, rechte, Fall von Krebs derselben bei einem Knaben 42.

Oberarm, Luxation desselben 227.
Ohren, über Frost derselben bei Kindern 266.
Osteitis, Fall davon 259.

Pappenheim, S., in Berlin 185, 376.
Paralyse s. die betr. Körpertheile.
Peritonitis, akute, Fall davon 258.
Petroleum gegen Krätze und Hautschmarotzer 271.
Pocken 302.
Punktion, über dieselbe bei Kindern 308.

Rhachitis und chronischer Hydrocephalus, differentielle Diagnose derselben mittelst des Augenspiegels 306.

Säuglinge, deren Krankheiten s. die betreffenden.
Sédillot in Strassburg 430.
Semiotik des Kindesalters, Beiträge dazu 156.
Sklerem Neugeborener 153.
Spina bifida glücklich behandelt mit Jodeinspritzungen 444.
Staphyloraphie 297.
Stein der Blase s. Blase.
Stirnbeinbruch mit Vorfall von Gehirn 292.
Strypsjuka s. Krup.
Syphilis infantilis 155.

Tarsus und Metatarsus, Behandlung der Karies darin durch Ausschneidung einzelner Knochen 161.
Triquet in Paris 266.
Tuberkulose s. die betreffende.

Ullersberger, J. B., 158.
Urticaria 217.

Veitstanz, Anilinsulphat dagegen 433.
Velpeau in Paris 448.
Vergiftung s. die betreffenden Gifte.
Verwachsung s. die betr. Körpertheile.
Vorfall s. die betreffenden Organe.

Wechselfieber Neugeborener und Säuglinge 277; W— s. Intermittens.

Wunden a. die betr. Körpertheile.

Zehen und Finger, angeborene Verwachsung derselben, Operation, Heilung 420.

Zeuge, über die Diagnose des Knochenfrasses aus den Ulzerationen der ersteren 281.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE STAMPED BELOW

1m-11,'18

v.44-45. Journal fur
1865. Kinderkrankheiten. 4915.

4915

UNIVERSITY OF CA RY